Tome I. — N° 5 Mai 1959

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA THERAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE SON EVOLUTION DEPUIS QUARANTE ANS (de 1919 à 1959) ESSAI D'APPREHENSION DE SON AVENIR

PAR

M. Paul ABÉLY et Mme N. RICHARDEAU

I. — Bref historique

L'étudiant en médecine qui pénétrait pour la première fois, en 1919, dans un service de psychiatrie éprouvait incontestablement l'impression d'entrer dans un décor très particulier, différent de celui au milieu duquel il avait vécu durant ses stages hospitaliers ordinaires. Si, s'étant par la suite désintéressé des malades mentaux, il entrait incidemment quarante ans plus tard dans ce même service, entrevu pendant sa jeunesse estudiantine, il éprouverait une impression tout autre : non pas tant par la transformation des bâtiments eux-mêmes que par celle de l'ambiance intérieure.

L'asile d'aliénés n'a pas fait que changer de nom en s'entendant dorénavant qualifier « d'hôpital psychiatrique », il a aussi hautement mérité et conquis cette désignation nouvelle.

Certes, tout est loin d'être encore parfait. La vétusté de ses armatures de pierre, la persistance trop fréquente de sa disposition intérieure désuète (comme celle d'ailleurs de beaucoup d'hôpitaux urbains ordinaires), n'ont pas encore apporté la ventilation éthique et médicale suffisante, ni le modernisme en rapport avec les orientations thérapeutiques actuelles. Ce sera là, nous le souhaitons, nous l'espérons tous, la réalisation de l'avenir.

Cette heureuse transfiguration de notre cadre intérieur professionnel, de son climat, de son atmosphère, a des causes multiples, peut-être plus générales que locales. La contribution personnelle de chaque chef de service a certainement joué son rôle, mais, à la vérité, moins qu'on ne pourrait l'estimer et il serait fort injuste d'accuser nos prédécesseurs de stagnation et d'immobilisme.

L'exceptionnelle évolution scientifique de ces derniers lustres en est la véritable responsable. Mais, il est aussi douloureux de constater que trop souvent ce sont les cataclysmes mondiaux et les guerres inhumaines qui provoquent en retour ces mutations aussi bien morales, sociales que scientifiques. Elles adhèrent à tous les événements de l'histoire. Il en est ainsi pour la médecine en général et pour la psychiatrie en particulier.

De 1871 à 1914, s'étendait une période de stabilité et de paix, apte aux méditations, dans la sécurité, aux observations lentement, minutieusement recueillies, pesées, regroupées. Ce fut l'époque des grands cliniciens, des bâtisseurs de larges avenues sémiologiques, de l'humanisme.

Puis survint la grande guerre mondiale de 1914-1918, avec toutes ses ruines matérielles et morales, avec la perte de tant de sujets d'élite, irremplaçables pour pas mal de temps. Mais ce fut aussi l'occasion de découvertes neurologiques, psychiatriques, neuro-chirurgicales.

L'épidémie d'encéphalite léthargique qui la termina fut la grande enseignante pour les neuro-physiologistes et les psychiatres.

Jusqu'alors, la thérapeutique dans notre spécialité était *modestement symptomatique*. Sur les cahiers de visite s'allongeaient des prescriptions de Kbr, de chloral, de pilules de Méglin, de Laudanum de Sydenham, de véronal, d'opiacés ou de valériane, quelquefois de cacodylate de soude. Les bains chauds prolongés, les douches, l'électrothérapie statique représentaient les seules ressources physiothérapiques. Certes, la psychothérapie existait depuis longtemps (car on ne peut pas être psychiatre sans être plus ou moins psychothérapeute), et la meilleure, selon l'heu-

reuse expression de R. Charpentier, était celle qui se laissait ignorer (*Psychiatrie*, Collection Sergent, 1921, tome II, au chapitre « Thérapeutique »).

Quand l'agitation était trop violente, trop irréductible, il fallait bien s'adresser aux moyens de contention pour éviter le pire et pour soulager un personnel trop peu nombreux et surmené.

Puis assez brusquement, autour de 1920, commencèrent à apparaître les médications à *tendance étiologique*. On les vit entre les deux guerres s'accélérer, se multiplier : injections intraveineuses de salicylate de soude, abcès de fixation, traitement à l'urotropine, au nucléinate de soude, chocs hémoclasiques, etc... Ce fut ensuite le début des premières chimiothérapies : gardénal, luminal, somnifène, scopolamine, dérivés de l'ergot de seigle, etc... Enfin, Von Jaureg, par sa malariathérapie, sauva du marasme démentiel les malheureux paralytiques généraux.

L'atmosphère asilaire en fut déjà très sensiblement transformée.

Entre-temps, de 1922 à 1925, la brillante équipe : Garellon, Tinel, Santenoise, avait précisé le rôle du déséquilibre neuro-végétatif et de ses centres sous-corticaux dans l'étiologie des grands désordres instinctivo-affectifs et thymiques.

Enfin, un peu plus tard, la chimico-physiothérapie dévoila toute son importance : cure de Sakel, cardiazol de Von Meduna. C'est vraiment alors que les dortoirs et les chambres d'isolement se transformèrent en centres de traitements actifs et que l'asile partit à la conquête de sa véritable raison d'être, celle de devenir un hôpital authentique.

Hélas ! une nouvelle guerre survint avec toute sa désespérance. Presque en même temps, Cerletti annonça au monde la naissance de l'électrochoc. Celui-ci devait à son tour profondément modifier notre cadre intérieur. Certains ont critiqué dans une attitude un peu rigide et systématique cette sismothérapie. En fait et jusqu'à nouvel ordre, elle apparaît dans beaucoup de cas comme irremplaçable. On en est encore à attendre la pilule miraculeuse qui la détrônera incontestablement et définitivement.

Nous croyons devoir rappeler ici un grand exemple, celui d'un admirable confrère suisse, trop tôt disparu, le Dr Bersot. Il voulut essayer sur lui-même cet électrochoc. Il conclut de cette expérience ainsi acquise qu'il pouvait adopter cette nouvelle thérapeutique.

Depuis 15 ans, d'autres techniques ont fait leur preuve : chocs à l'amphétamine, au nicyl, à l'acécoline, à la pneumo-encépha-

lographie. L'endocrino-psychiatrie a elle aussi conquis sa place dans les limites du rationnel et de la prudence.

Les neuroleptiques couronnent aujourd'hui cet édifice. Comme les « tranquillisants », ils se multiplient, peut-être à une cadence un peu accélérée, un peu déconcertante pour le praticien.

Les moyens de contention ont maintenant pratiquement disparu. Le quartier des « agités » gagne chaque jour un peu plus de sérénité, celui des « déprimés » un peu plus d'euphorie.

Les portes de l'hôpital psychiatrique tendent de mieux en mieux à s'ouvrir au grand air de la vie extérieure.

II. — La bio-psychiatrie

Le malade mental n'est plus, en effet, un « aliéné », au sens étymologique et péjoratif du mot. On le situe de plus en plus dans le monde en général et « dans son monde » propre. S'il demeure dans une certaine mesure en dysharmonie avec le rythme social (mises à part quelques réactions qui lui sont spéciales de par la localisation anatomo-physiologique de ses troubles), il ne l'est guère plus que tout autre malade de médecine générale, que l'état pathologique isole aussi pour un temps variable de la communauté.

Il est enfin des psychopathes inoffensifs et des névropathes aptes à une réinsertion sociale dirigée.

Ainsi, la psychiatrie ne peut plus être séparée de la biologie, c'est-à-dire de la science de la vie. Programme immense dont les limites reculent au fur et à mesure que s'éclaircissent les mystères de l'univers. Elle ne pourra plus être conçue que par la coordination de vastes équipes spécialisées, que par la confrontation et la mise en commun de disciplines très variées. Nous en sommes véritablement à la croisée des chemins, au carrefour des voies futures. Il importera de bien choisir la bonne direction d'où dépendra l'avenir de notre spécialité. C'est pourquoi nous nous trouvons en une période critique. Toutes les conceptions thérapeutiques s'affrontent en un tournoi confus, chacune avec les meilleures intentions : psychothérapie aux techniques multiples (de la psychanalyse au rêve éveillé, du colloque singulier médecin-malade au psycho-drame), relaxation, chimiothérapie, hormonothérapie, physiothérapie, dépistage précoce, prophylaxie, sociologie. Toutes ces tentatives sont méritoires, aucune n'a encore fourni la preuve de son efficacité prépondérante.

Quelquefois, le même malade passe successivement ou conjoin-

tement par les mains les plus hétérogènes, si bien que, lorsqu'il s'en sort sans dégât, on ne sait plus exactement lesquelles l'ont guéri. La politique sociale, les conditions d'existence, d'ambiance, de logement, de travail, le décalage entre le progrès de la technique et les facultés humaines d'adaptation, dépassent souvent les ressources de la seule médecine. Chaque nation, de par sa densité de population, de par ses ressources, de par son climat, de par son organisation et ses contingences, aura de plus en plus ses problèmes psychiatriques personnels. Aussi est-il sage de se limiter ici à ceux de la France actuelle. C'est là, croyons-nous, une attitude raisonnable. Car, en lisant par exemple les comptes rendus des dernières réunions des journées mondiales de la Santé mentale, on y trouve des statistiques qui cadrent assez mal avec celles de notre pays. Nous ne croyons pas, par exemple, à une telle augmentation de proportion des malades mentaux, mais bien plus à des déplacements malencontreux et massifs vers les centres urbains, à un dépistage plus précoce, à un accroissement important de la population, à l'inquiétante progression de l'alcoolisme atteignant psychiquement le sujet lui-même et plus fréquemment, hélas ! sa descendance. Sinon, ce serait à désespérer de l'hygiène, de la médecine et de la prophylaxie, qui réussissent de mieux en mieux à juguler les grands fléaux sociaux, tels que la syphilis, la tuberculose, beaucoup de maladies infectieuses ou les perturbations neuro-endocriniennes acquises.

L'un de nous qui, depuis de longues années, vit dans les milieux hospitaliers psychiatriques, croit au contraire pouvoir affirmer (toute proportion démographique étant respectée) que dans les services il y a moins de femmes qu'autrefois et qu'en général ces psychoses féminines sont moins graves et plus rapidement curables. Il est dit à l'opposé que les services des hommes seraient maintenant surpeuplés ; peut-être y a-t-il là des raisons temporaires, transitoires, à étiologie sociale très complexe et à élucider.

Un psychiatre vieilli sous le harnois est au contraire forcé de reconnaître que si les authentiques psychoses diminuent, les névroses se multiplient, que la psychiatrie s'amenuise en faveur de la « névrologie ». C'est là une rançon, une revanche de la civilisation mécanique à croissance trop accélérée et mal dirigée, une réaction de l'organisme humain à une vitesse qui dépasse ses facultés de conditionnement. D'où le succès plus ou moins justifié et efficace des « tranquillisants ».

L'humanité tout entière épuise son potentiel nerveux de résis-

tance, surtout émotionnel, affectif et neuro-végétatif, dans la frénésie, le bruit et l'insécurité.

Ce sont là des considérations assez banales, mais susceptibles cependant de faire comprendre les tendances actuelles vers lesquelles s'oriente la thérapeutique psychiatrique.

De la psychothérapie actuellement à la mode du jour, nous ne dirons rien. Vraisemblablement utile dans les névroses, le recul du temps est encore beaucoup trop restreint et les résultats trop limités pour pouvoir en apprécier la valeur réelle dans les psychoses vraies.

La phénoménologie a pu nous apporter des renseignements cliniques certainement précieux. Elle nous a surtout donné la clef explicative de beaucoup de symptômes secondaires (que l'on nomme parfois positifs) et des mécanismes de défense contre le danger mental. Mais, quand elle a voulu s'attaquer aux bourgeons primitifs, c'est-à-dire à la base étiologique qui conditionne la thérapeutique, elle s'est heurtée aux mêmes difficultés en leur ajoutant simplement des hypothèses nouvelles.

La pratique systématique des tests d'intelligence, de personnalité, de projection, etc... représente en revanche une conquête d'une grande valeur. C'est là le complément indispensable d'un examen clinique toujours mouvant et plus ou moins de surface. Le testeur est un véritable arpenteur en profondeur qui mesure le quadrillage de base. Cette pratique permet de fortifier un diagnostic hésitant. Elle offre aussi l'avantage de suivre utilement les résultats thérapeutiques, parfois même celui de saisir précocement une menace de rechute et d'y pallier.

La question reste pendante de savoir si de tels tests doivent être pratiqués par des psychologues non médecins, ou par des praticiens spécialisés. Parfois, en relisant le protocole de telles investigations, on peut regretter qu'il n'y ait pas, *pour chaque test, un code précis,* édifié une fois pour toutes, en collaboration avec les psychologues et les psychiatres.

Cet usage des tests, s'il s'est considérablement développé et enrichi, n'est pas nouveau. Binet et Simon créèrent les premiers tests de quotient intellectuel il y a de nombreuses années. Ils eurent alors un grand succès, tant notre spécialité est avide de cette précision qui lui manque trop souvent. Mais, à ces tests, il ne faut pas demander plus qu'ils ne peuvent donner. Ils doivent compléter l'examen clinique et non le précéder. Ils portent en eux le danger de conduire le testeur en des interprétations hâtives qui débordent le but recherché et aboutissent parfois à des hypothèses tendancieuses.

III. — Chimie biologique et psychiatrie

En quittant le fauteuil de la présidence de la Société médico-psychologique, il y a à peine quelques mois, Michel Cénac disait dans son allocution : « ...J'ai connu l'emploi de bien des traitements des maladies mentales. Quand il voit apparaître une méthode ou un traitement nouveau, l'esprit humain refuse d'en admettre l'efficacité, obéissant à la loi du moindre effort. La nouveauté, d'autre part, appelle les critiques et les objections. A cette phase, que je qualifierais volontiers de réactionnelle, succède une phase d'engouement aveugle et irraisonné. Puis, avec le temps, la nouvelle thérapeutique vient occuper la place qui lui revient raisonnablement dans l'arsenal thérapeutique. » Paroles d'expérience, de sagesse et de philosophie, qui s'appliquent bien à ces quarante années d'évolution.

En ce qui concerne la chimiothérapie, nous en sommes vraisemblablement entre l'avant-dernière et la dernière phase, entre l'engouement et le raisonnable.

Depuis la phrase retentissante de Percival Bailey, en 1955, « sur la grande révolution psychiatrique », le psychiatre est préoccupé par « la pensée biochimique ». Il est parti à la recherche de la « lésion bio-chimique », car qui dit chimiothérapie ne peut qu'envisager au préalable l'étude approfondie de la biochimie, de la chimie de la vie, de celle du cerveau en particulier.

Sinon, ce serait s'aventurer dans l'empirisme le plus aveugle et le moins inoffensif.

L'actuelle conception chimique des psychoses est un peu la conclusion de quelques déceptions que nous a procurées l'anatomie pathologique des troubles mentaux fonctionnels. Dans notre spécialité, la discipline anatomo-pathologique a certes eu de grands succès, quand ce ne serait que celui d'avoir identifié la paralysie générale. Mais il est certain domaine où elle tend à s'essouffler. Il est vrai que la perfection toujours croissante du matériel optique d'investigation permettra peut-être un jour de découvrir ce qui échappe maintenant à l'œil du chercheur. Et puis, grâce aux médications nouvelles qui prolongent la vie de tous, même des psychopathes, les pièces anatomiques deviennent plus rares (celles prélevées *in vivo* par la neuro-chirurgie n'ont pas apporté en psychiatrie une documentation très claire). Enfin, nos malades sont soumis maintenant à tant d'agressions thérapeutiques que, quand ils succombent, on ne sait plus très bien comment différencier les lésions primitives des lésions acquises.

Il faut bien aussi reconnaître que, mis à part quelques cas bien précis, on n'a pas encore une notion très claire de l'étiologie véritable du désordre mental. C'est ainsi que, malgré les recherches les plus poussées, nul ne peut affirmer quelle est, par exemple, l'action certaine de la cure de Sakel ou de l'électrochoc. Il était donc parfaitement logique de se préoccuper de savoir quelle était la part de la biochimie dans cette étiologie. Dans ce sens, plusieurs méthodes devaient s'affronter et se compléter.

La découverte française de la chlorpromazine a ouvert à ces recherches un champ inespéré. Mais il s'agissait tout de même d'une méthode un peu empirique, qui permettra cependant de remonter un jour jusqu'à la lésion chimique, métabolique et physiologique authentique.

En notre spécialité, la méthode expérimentale sur l'animal semble beaucoup plus incertaine. Plus encore que la fonction neurologique, la fonction mentale est soumise aux règles de la phylogénèse et de l'ontogénèse, et le comportement des espèces les plus variées, même les plus élevées (telle celle des singes), n'est qu'une pauvre caricature des possibilités du néopallium si spécifiquement humain, domaine de la pensée créatrice intellectualisée. Le comportement de l'anthropoïde semble même inférieur à celui d'un oligophrène microcéphale.

Cette expérimentation animale en psychiatrie a ses véritables indications, mais elles sont limitées : contrôle des drogues à essayer pour la détermination de leurs effets, pour la précision de leurs doses fécondes et non toxiques, dosages hormonaux, réaction de grossesse chez la lapine. Elle garde aussi sa valeur pour l'étude de certaines réactions normales ou pathologiques du comportement, celle par exemple des réflexes conditionnés et des névroses expérimentales. Elle se montre d'une grande utilité pour le contrôle de la nocivité de certains liquides organiques et produits humains pathologiques. Elle peut être aussi précieuse pour l'identification des drogues antagonistes (catatonisantes et anticatatonisantes, histaminiques et antihistaminiques, parkinsoniennes et antiparkinsoniennes, etc...), et encore faut-il être alors très prudent dans les conclusions, car les réactions peuvent être très dissemblables chez l'homme et chez l'animal et très variables selon les doses utilisées. Que pourrait, par exemple, apporter d'intéressant, en psychopathologie, l'emploi sur l'animal de la mescaline ou de l'acide lysergique ?

Or, la physio-psychopathologie humaine, qui est la base même de la psychiatrie, a peu de points communs avec la physio-neuropathologie animale.

Si nous voulons réellement aboutir à l'explication chimique des psychoses, il nous faut obligatoirement quémander le secours des grands chimistes biologistes, car nos quelques notions de chimie, acquises au P.C.B., sont très pauvres et bien oubliées. En parcourant les deux gros volumes de la « Pathologie chimique », éditée en 1952, sous la direction de Michel Polonowski, nous pouvons réaliser l'indigence de nos connaissances en la matière. Et pourtant cette édition est déjà dépassée par de nouvelles découvertes. Si, après cette lecture, nous revenons à notre illusion de psychiatre bio-chimiste, notre orgueil est mis à une rude épreuve. L'un de nous analysait récemment un livre américain de L. Bellak et collaborateurs : « La schizophrénie », d'une documentation unique et d'une bibliographie exceptionnelle, en ce sens qu'il regroupe tous les travaux publiés à travers le monde sur ce syndrome à la date d'aujourd'hui. Au chapitre, pourtant très riche, consacré aux recherches biologiques et bio-chimiques dans ce syndrome, on sent toute notre incomplétude. Nous en reparlerons un peu plus loin.

Revenons pour le moment aux deux volumes de la « Pathologie chimique ».

Déjà, il y a sept ans, M. Polonowski écrivait des phrases prophétiques. C'est ainsi qu'il disait : « ...Il y a seulement quelques années, un chapitre sur les maladies mentales n'aurait pas eu sa place dans un traité de pathologie chimique. Sans vouloir superposer la pensée à une réaction chimique, le substratum matériel de l'esprit ne peut être nié à l'heure actuelle ; le changement de personnalité et l'augmentation de l'intelligence, sous l'influence des extraits thyroïdiens chez certains crétins, en constituent une preuve suffisante. R. Colin a souligné l'heureuse ambiguïté du vieux terme d' " humeurs ", qui signifie à la fois les liquides physiologiques et les comportements psychologiques qui, pour une large part, en dépendent. Si nous sommes encore loin d'une interprétation biochimique de l'ensemble de la pathologie mentale, il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle, la chimie apporte une contribution sérieuse à la pathogénie de certaines affections psychiatriques ; qu'il nous suffise de rappeler les recherches sur la consommation en oxygène du cerveau chez différents psychopathes. » Il cite à l'appui de sa thèse les troubles mentaux des diverses avitaminoses, les oligophrénies phénylpyruviques, les hypolipémies des démences précoces, les troubles du métabolisme des glucides des divers psychopathes. Quant aux maladies à prédominance neurologique, sa liste est encore plus impressionnante. Une récente spécialité, « la gérontologie »,

découvre aujourd'hui tous les troubles métaboliques de la sénescence et les étudie systématiquement.

Dans ce jeu permanent des réactions cellulaires, métaboliques et électriques s'engage toute la vie, y compris la vie mentale, et cela durant toute l'existence ; car ce jeu, harmonieusement mené chez l'être idéalement sain, *peut être perturbé d'une façon passagère ou chronique par des déviations génétiques ou acquises.*

En reprenant la lecture du livre : « Encyclopédique », de Bellak, sur la schizophrénie, on peut apprécier, en prenant comme exemple ce syndrome, combien sont encore incertains les renseignements biochimiques recueillis à son sujet.

D'ailleurs, l'auteur et ses collaborateurs reconnaissent que les résultats sont maigres.

Tout au plus peut-on affirmer qu'*il existe un dysfonctionnement thyroïdien constant,* confirmé par l'utilisation des matériaux radio-actifs. La recherche de l'action physiologique des divers cétostéroïdes aboutit à des résultats très contradictoires. *L'étude du métabolisme des hydrates de carbone dans la schizophrénie* a fait l'objet de très nombreux travaux, mais ici encore les apports expérimentaux demeurent imprécis. Aldrich trouve des réponses anormales à l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée chez 53 sujets sur 102. Freeman et Zabarento notent une tolérance de glucose inférieure chez les schizophrènes et concluent à une relation entre le déséquilibre émotionnel et le métabolisme des hydrates de carbone.

Freeman et Elmadjian aboutissent à une proportion des 2/3. Pour eux, les variations du glucose sanguin seraient en raison inverse des variations de chute des lymphocytes. Ils pensaient que, chez de tels malades, la stimulation adréno-corticale de l'hyperglycémie est moins marquée.

Henneman, Haldschile et Gomez retiennent qu'après absorption du sucre par la bouche, on remarque une lenteur au retour à la normale du taux normal du glucose, une élévation de l'acide lactique et pyruvique, une hausse de l'acide acéto-glutarique. Ils pensent que le processus schizophrénique est un facteur préexistant et additionnel dans la réduction de la tolérance aux hydrates de carbone.

On aurait isolé de l'urine de certains schizophrènes un facteur hyperglycémiant ; de tels malades vivaient des expériences oniriques étranges (onirophréniques) et ils avaient une résistance à l'insuline. Ce facteur existant de l'urine fut injecté par voie intrapéritonéale à des lapins et l'on constata qu'il s'agissait bien

d'un produit hyperglycémiant. Mais aucune conclusion n'a été tirée de cette constatation.

Les troubles du métabolisme des hydrates de carbone dans le syndrome dit schizophrénique sont inconstants. Si l'on contrôle la glycémie de tels malades, on note des chiffres variables, se situant en général entre 0,70 et 1 g. Très souvent, après la cure de Sakel, ce taux du glucose sanguin varie peu. Si bien qu'il est permis de se demander si le choc hypoglycémique ou le choc acécolinique n'agit pas (à condition d'aboutir par des doses anormalement fortes à un véritable danger vital), en provoquant une réaction secondaire temporaire d'hyperglycémie de défense, c'est-à-dire en favorisant la reprise de l'activité de certains médiateurs chimiques déficients, de l'adrénaline en particulier.

Récemment, on a tenté chez de tels malades des traitements à partir du glucocidoral, équilibrant de la glycémie ; jusqu'ici, les résultats sont peu probants.

Après administration d'adrénaline, il n'y a pas d'augmentation sensible du taux du sucre sanguin chez les normaux, alors *qu'il y a chez les schizophrènes une forte augmentation* de ce même taux.

Plusieurs autres auteurs ont signalé chez ces malades les perturbations habituelles du métabolisme de l'adrénaline. C'est ce qui nous avait incités à rechercher quelle pouvait être l'action de cette médullo-hormone sur le comportement de ces sujets. Dans le numéro de mars 1959 des *Annales médico-psychologiques,* nous avons rapporté nos premiers résultats. Nous avons en effet constaté, après son administration, la réapparition fréquente des réflexes cutanés abdominaux abolis d'une façon habituelle chez les schizophrènes. Il nous a également semblé que l'adrénaline avait une action anti-catatonisante, que nous nous efforçons de démontrer (étant bien entendu qu'il s'agit de cette catatonie psychomotrice si particulière à de tels malades).

Mais, quand on veut mieux approfondir ce métabolisme de l'adrénaline, on se heurte aujourd'hui à des difficultés innombrables, qui ne font que se compliquer chaque jour un peu plus. Il y a peu de temps, on signalait la présence anormale dans le cerveau des déments précoces de l'adrénochrome, substance dérivée de l'adrénaline par oxydation et vraisemblablement la précédant, même dans les processus métaboliques. Aujourd'hui, la notion récente des catécholamines alourdit encore le problème et celui des médiateurs chimiques. C'est ainsi que J.-R. Boissier écrivait il y a quelques mois : « La découverte dans le cerveau de substances capables de jouer un rôle de médiateur chimique

dans la transmission nerveuse, et de la *mobilisation de ces médiateurs sous l'influence des drogues psychotropes*, suggère une relation de cause à effet qui n'a d'ailleurs pas été démontrée. Ces substances, que l'on pourrait appeler neuro-effectives, bien que seul le rôle de l'acétylcholine soit prouvé, sont : l'acétylcholine, la sérotonine, et les dérivés voisins, les catécholamines comme l'adrénaline et la noradrénaline, l'acide γ-amino-butyrique. On tend à admettre que les médiateurs supposés, isolés actuellement dans le cerveau, ne sont que les représentants de plusieurs familles chimiques et que les médiateurs réels sont peut-être constitués par des métabolites encore ignorés. On a pu dresser une carte de la répartition de ces substances dans le système nerveux central. Il est tout à fait remarquable de constater que les zones de haute concentration correspondent aux systèmes impliqués dans le mécanisme d'action des psychotropes et en particulier à l'hypothalamus et au système limbique. Les renseignements les plus complets portent sur la sérotonine et les catécholamines. La sérotonine est fortement antagoniste du lysergamide et l'on a supposé que la réserpine agissait par son intermédiaire. »

Le problème s'étend encore quand on envisage le rôle des enzymes. Déjà, en 1952, Polonowski disait : « L'adrénaline peut subir une destruction enzymatique, l'action diastasique pouvant porter sur la chaîne latérale (amino-oxydase), ou sur le noyau (tyrosinase, catécholoxydase, peroxydase). »

Ne pourrait-il pas y avoir dans le syndrome schizophrénique (ou mieux discordant) une déstructuration de l'adrénaline, au profit de sa chaîne amino-oxydase, et transformation en acide γ-amino-butyrique ? Pure hypothèse certes, mais qui rejoint dans une certaine mesure divers travaux antérieurs et en particulier ceux de Buscaino, qui s'obstine à affirmer que la schizophrénie est due à une intoxication provoquée par certaines amines anormalement présentes. Quelques autres opinions (dont la nôtre) pourraient peut-être alimenter l'hypothèse de troubles de l'autorégulation de l'adrénaline dans cette maladie. Polonowski signale encore que l'adrénaline favorise le métabolisme basal et que son absence diminue ce métabolisme. Or, chez tous les schizophrènes (et c'est là maintenant la seule notion acquise), ce métabolisme basal est fortement perturbé et le plus souvent diminué.

Aujourd'hui, les recherches s'orientent de plus en plus vers l'étude des médiateurs chimiques de l'influx nerveux et de leurs diastases.

Si nous reprenons le livre de Bellak et ses collaborateurs sur

la schizophrénie, nous trouvons divers autres bibliographies. Sur la chimie du sang, nous retiendrons les conclusions sur l'anoxémie des schizophrènes (étudiée par les méthodes spectroscopiques et photo-électriques d'oxymétrie) : « Tous les schizophréniques sont en anoxémie chronique, les paranoïdes montrent un bas niveau de départ, mais tendent à devenir anoxémiques sous le choc de stress variés. » Cependant, Duvot affirme que, puisque les tests mesuraient la saturation en oxygène des capillaires, ils ne pouvaient pas être significatifs d'une anoxémie cérébrale chez ces malades.

La chimie du liquide céphalo-rachidien chez les déments précoces reste très incertaine.

L'étude des enzymes du cerveau a été fortement poussée au cours de ces derniers temps. Elle concerne surtout les phosphatases et les cholinestérases, mais là encore sans résultats, pour le moment précis, en ce qui concerne la schizophrénie.

On a surtout cherché à contrôler l'influence des neuroleptiques sur les activités des cholinestérases sériques et érythrocytaires. En réalité, les nouvelles techniques pour l'étude des enzymes du cerveau sont en cours d'édification.

Dans ce court mémoire, il serait superflu de s'étendre plus longuement sur la très riche documentation de ce livre dont nous recommandons la lecture à ceux qui liront ces quelques pages (Edition Logos-Press, New-York, 1958).

Nous avons voulu, en en citant quelques courts extraits, montrer toute l'étendue de cette biochimie psychiatrique et aussi encore toute son incertitude, mises à part quelques données plus précises, mais très limitées.

V. — La chimiothérapie en psychiatrie

Ce chapitre est l'aboutissant du précédent, il en constitue la soudure et un peu la conclusion.

Nous ne parlerons pas ici des psychoses expérimentales basées sur la mescaline, le L.S.D. 25, la sérotonine, etc..., car il ne s'agit pas de thérapeutiques véritables. Plus près d'elles, quoique plus investigatrices que curatives (cependant quelquefois libératrices), se situent les chocs amphétaminiques, les subnarcoses, narcoanalyse, hypno-analyse chimique, les états hypnagogiques provoqués par les barbituriques, etc...

Au cœur même de la question se placent l'étude des neuroleptiques et les tentatives explicatives de leur action. Les publications en sont innombrables. Mais nous croyons cependant que

l'on peut retrouver en France, parmi cette immense bibliographie, deux publications particulièrement importantes.

Tout d'abord, en 1957, au Congrès de Lyon, un remarquable rapport de MM. Gayral et Dautry, qui fournit et regroupe les premiers enseignements psycho-neuro-physiologiques. Ils confirment clairement des recherches antérieures (certaines remontant à 1931), en montrant leur action élective sur le complexe hypophyso-hypothalamique, sur les centres neuro-végétatifs, sur l'antépituitaire, sur les réactions neuro-endocriniennes, sur la formation réticulée basilaire, sur les relations corticales et sous-corticales, cette formation réticulée jouant un rôle cortico-synchronisant selon l'excitation ou l'inhibition de sa partie descendante ou ascendante. Ainsi peut se comprendre l'action élective de tel ou tel produit sur un type psychopathique défini. Ainsi peuvent aussi s'éclairer certains incidents ou accidents consécutifs à leur utilisation ; ainsi s'imposent certaines contre-indications, tout particulièrement dans la période du post-partum (troubles de la lactation, perturbations de la régénérescence neuro-endocrinienne, possibilité de phlébites graves).

Le deuxième travail important publié sur cette question et par un biochimiste indiscutable se retrouve dans un article de M. J.-R. Boissier, publié dans la *Presse Médicale* du 21 février 1959. Il est donc tout récent. Ce travail a été fait dans les laboratoires du Professeur J. Cheymol, titulaire de la chaire de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris. Il est d'un exceptionnel intérêt.

L'auteur, rappelant la classification du Professeur Delay : 1° les psycholeptiques qui abaissent l'activité mentale ; 2° les psychoanaleptiques qui augmentent l'activité mentale ; 3° les psychodysleptiques qui dévient l'activité mentale, s'intéresse uniquement aux psycholeptiques (les hypnotiques, les neuroleptiques, les tranquillisants). De ce dernier groupe de tranquillisants, il critique très justement la classification peu scientifique en ataraxiques, anti-phobiques, anti-agapaxiques, etc... Il préfère la classification en : dépresseurs médullaires (relaxants musculaires), antihistaminiques, antinaupatiques. Parlant de l'expérimentation animale, il confirme ce que nous écrivions plus haut : « Il n'existe pas de troubles mentaux chez l'animal, mais des troubles du comportement. »

Apportant les résultats fournis par cette expérimentation animale, il retient une action très particulière et très discordante, sinon parfois opposée, de la bénactyzine, un peu moins de l'hydroxizine. D'après lui, *les neuroleptiques entrainent le*

déconditionnement des animaux (alors que la bénactyzine facilite le conditionnement ou permet sa réapparition). On peut méditer aussi sur quelques importants passages : « Les phénothiazines exercent une action sympathique, noradrénolytique, adrénaloverseuse. Les neuroleptiques phénothiaziniques diminuent considérablement la toxicité de l'adrénaline. La réserpine n'exerce aucune action adrénolytique... La plupart des psycholeptiques exercent une action antagoniste vis-à-vis des psychoanaleptiques... Les neuroleptiques phénothiaziniques se montrent des antagonistes généraux des effets du lysergamide, alors que la réserpine est parfois synergique... L'alcaloïde du Rauwolfia entraîne la libération de catécholamines et en particulier de nor-adrénaline. L'appauvrissement du cerveau en nor-adrénaline est très exactement superposable à l'appauvrissement en sérotonine. La réserpine est le seul tranquillisant connu qui exerce cette double action. La chlorpromazine, en particulier, ne possède pas le pouvoir de libérer la 5 H.T. et les catécholamines ; elle est douée par contre de propriétés adrénolytiques particulièrement intenses... La bénactyzine est le seul tranquillisant capable de s'opposer aux névroses expérimentales. » Cet article demande à être lu très attentivement, ligne par ligne. Il apporte des éclaircissements d'une incommensurable valeur et inspire non seulement des directives rationnelles, mais apporte aussi beaucoup d'explications sur l'action même de ces médicaments nouveaux.

Il représente enfin une réaction saine et méritoire vis-à-vis de l'usage trop souvent abusif et empirique de ces drogues, qui peuvent perturber « la personne humaine » tout autant qu'un électrochoc ! Car les métabolismes cérébraux sont délicats et fragiles.

Trop souvent, des listes impressionnantes de largactil (souvent destiné à des entrants à peine observés) remplissent maintenant les pages des cahiers de visite, au point qu'on en arrive à évoquer parfois les longues colonnes de Kbr ou de chloral de jadis. Je crois que nous devons tous aussi réfléchir sur les sages conclusions de M. Jacques-R. Boissier, conclusions par lesquelles il termine son article : « Il y a lieu cependant, dit-il, de limiter l'utilisation des tranquillisants chez les sujets normaux et même chez certains malades. Il ne semble pas licite de recourir à des médicaments de ce type pour lutter contre les réactions, peut-être désagréables, mais normales, provoquées par les contrariétés et la tension d'une existence fébrile et surmenée, et aboutir ainsi à l'abandon de responsabilités personnelles et sociales qui

conduirait à la dégradation de la dignité humaine. Il y a plus. On ne peut affirmer que l'usage des tranquillisants (ou des neuroleptiques à petites doses) ne gêne en aucune façon l'idéation, l'adaptation perceptive ou intellectuelle aux situations de la vie courante ; il est prouvé qu'ils peuvent potentialiser certains effets euphorisants comme ceux de l'alcool et lever temporairement certaines inhibitions d'ordre moral.

« On ne doit pas oublier que l'anxiété et l'insomnie peuvent constituer des signes d'alarme d'une maladie somatique latente, de troubles mentaux plus profonds ou d'une situation psychologique grave. Avant d'adopter la solution facile — la prescription d'un tranquillisant ou d'un neuroleptique —, le médecin a donc le devoir de rechercher l'étiologie des manifestations qui amènent le malade à consulter.

« Le psychiatre possède maintenant des médicaments capables d'améliorer largement — sinon de guérir — certaines maladies mentales, en agissant directement au niveau du cerveau lui-même.

Gravitant autour des neuroleptiques — piliers actuels de la psychopharmacologie tant clinique qu'expérimentale —, un nombre croissant de tranquillisants mineurs peuvent rendre des services dans le traitement de nombreux syndromes névrotiques, malgré les résultats très divers obtenus en thérapeutique, résultats divergents dus probablement au médicament, au syndrome, au malade et au médecin lui-même.

« La vulgarisation de ces médicaments auprès des malades par la presse quotidienne, la pression exercée par les fabricants qui vantent sans contrôle réel l'efficacité de la substance qu'ils ont découverte ou achetée, exigent du médecin praticien une vigilance toute particulière dans ce domaine où l'absence relative de toxicité immédiate inspire une sécurité trompeuse. Le praticien doit pouvoir coopérer avec le psychiatre auprès du malade maintenu à un traitement neuroleptique à sa sortie de l'hôpital ; il doit connaître le maniement des tranquillisants mineurs dans les névroses. Il doit mettre en garde le malade contre les résultats fâcheux d'une administration inconsidérée de ces médicaments ; il ne doit pas ignorer la prudence avec laquelle il lui faut manier les associations afin d'éviter une synergie toxique dont les antidotes ne pourraient venir à bout. C'est à ce prix que le bénéfice maximum pourra être tiré de ces médicaments. »

On peut aussi se demander si certains de ces neuroleptiques n'agissent pas dans divers désordres mentaux, surtout en diminuant la vigilance ; si, par exemple, la chlorpromazine est bien

indiquée chez les discordants et si, dans leur cas, il ne vaudrait pas mieux s'adresser plutôt à la réserpine seule ou associée à certains produits à base d'adrénaline (la réserpine n'était pas adrénolytique). Sous ces quelques réserves, il apparaît bien que la chimiothérapie apporte un immense espoir dans le traitement des maladies mentales. Cet espoir se confirmera dans l'avenir quand nous aurons recueilli de la chimie biologique les éclaircissements indispensables, quand nous aurons pu découvrir des techniques de laboratoire nous permettant de faire des dosages de plus en plus précis des composantes chimiques normales ou pathologiques de l'organisme humain.

En attendant, et avec nos moyens encore modestes, il nous faut, semble-t-il, éviter surtout l'usage standardisé et stéréotypé de ces médicaments, sans discrimination de cas et de personne. Il importe de peser minutieusement pour chaque malade les indications et les contre-indications, ainsi que la drogue élective.

« La pensée chimique doit être, elle aussi, une pensée dirigée. »

VI. — Perspectives d'avenir en thérapeutique psychiatrique

Nous sommes, écrivions-nous plus haut, à la croisée des chemins et hésitants dans le choix de la route à suivre. Sans doute, ce sont, en général, de larges et convergentes avenues qui aboutissent au carrefour de lumière. Mais il serait bien prétentieux de vouloir dessiner les limites de ce carrefour.

Sans doute, la chimiothérapie ne fera que se développer et se perfectionner. Il est vraisemblable qu'elle s'associera à d'autres disciplines scientifiques et en particulier à la physique biologique. Déjà, l'utilisation des isotopes, l'étude des infra-sons, des techniques électroencéphalographiques plus évoluées, et surtout l'essor de la science atomique pacifique, font présager de cet avenir. Il est probable aussi que la meilleure connaissance de la stratosphère et de ses conditions physico-chimiques, des espaces interplanétaires, favorisera la maîtrise des influx magnétiques de l'atmosphère, la discipline des rayonnements solaires et cosmiques, et modifiera profondément les relations de l'individu et de son milieu extérieur. Ce sont là des anticipations très hasardeuses à la Wells. Mais, dans le futur immédiat, l'amélioration progressive des conditions sociales, une répartition plus équilibrée, plus fractionnée, plus variée, et peut-être plus réduite du travail, surtout du travail mécanisé, aboutira à une véritable prophylaxie des névroses et à une meilleure utilisation des facul-

tés humaines d'adaptation. C'est là, pour demain, une des tâches principales de l'organisation mondiale de la santé. Il importera que celle-ci s'efforce d'accorder à tous et pour le mieux la joie de vivre, d'éviter à chacun la course aux paradis artificiels, aux paradis toxiques, ou aux paradis autistiques. Le problème de l'hérédité mentale pathologique demeure et demeurera tout aussi préoccupant. Sans vouloir recourir à l'eugénisme totalitaire et systématique, il faudra bien tôt ou tard recourir à la limitation de certaines naissances, particulièrement menaçantes pour la communauté : descendance d'alcooliques profonds, d'arriérés ou de psychopathes constitutionnellement atteints. Chez les femmes, l'avortement thérapeutique peut être parfois pour la patiente elle-même une solution pire dans ses dégâts que l'acheminement normal d'une grossesse. C'est à la ligature des trompes qu'il faudra s'adresser, ainsi par exemple dans le cas des psychoses puerpérales fatalement récidivantes ou des schizophrénies chroniques à manifestations érotiques.

Pour l'avenir proche, et dans des délais rapides, il est indispensable de rajeunir et d'adapter aux conditions nouvelles nos établissements hospitaliers et notre système d'assistance aux psychopathes, d'alléger nos services, de les aérer, de les dégager, autant du surpeuplement que de ces poids lourds qui encombrent et compromettent toute l'harmonie de l'ensemble (séniles irrécupérables, arriérés inéducables, déments profonds, déséquilibrés pervers). La faille entre névroses et psychoses se découvrira de mieux en mieux et imposera la séparation des unes et des autres, car l'attitude médicale est différente pour chacune des deux. Alors que les méthodes psychothérapeutiques (souvent combinées) s'avéreront de plus en plus fécondes dans les névroses, celles destinées aux psychoses seront tout autres dans leur technique et applicables seulement à certaines étapes de la maladie.

Il est superflu de rappeler ici l'intérêt essentiel de la post-cure et du dépistage précoce. Cet ensemble représente des tâches immenses qui doivent être judicieusement réparties afin d'éviter l'avalanche, la dispersion ou l'incohérence.

Quel beau programme ! Que d'efforts en perspective ! Mais aussi que d'espoir !

REACTIVITE DU RYTHME ALPHA A L'OUVERTURE DES YEUX AU COURS DE SITUATIONS PERCEPTUELLES DIVERSES

PAR

J. BERT, H. COLLOMB et M. MONTANGON

Depuis la mise en évidence d'une activité électrique cérébrale chez l'homme, le phénomène du blocage du rythme alpha à l'ouverture des yeux a fait l'objet de multiples études, donné lieu à de nombreuses hypothèses. Il est le témoin du passage d'un état à un autre. Mais le sens exact de ce passage n'a pu encore être précisé. On sait depuis les travaux de Durupt et Fessard que le fait élémentaire de l'éclairement de la rétine n'en rend que partiellement compte et qu'il est nécessaire de faire appel à des phénomènes psychiques beaucoup plus complexes.

Son assimilation à l' « arousal » des neuro-physiologistes n'apporte de solution que verbale. En outre, ce dernier concept implique une notion de comportement qui en limite considérablement le sens.

En réalité, on ne connaît qu'extrêmement mal le comportement du rythme alpha, les yeux ouverts, dans les conditions normales de la vie quotidienne. Les données fournies par les examens électroencéphalographiques de routine sont infiniment trop sommaires et ne peuvent indiquer qu'une tendance.

Le but de ce travail est simplement d'étudier le rythme alpha tel qu'il est enregistré les yeux ouverts au cours de diverses situations perceptuelles et tout particulièrement alors que la vision est perturbée par les lunettes de Bartels.

Les modifications de la « réaction d'arrêt » amenées par ces lunettes ont été déjà précisées par le P[r] Gastaut. Nous n'avons fait qu'en reprendre une étude systématique.

Type de réactivité du rythme alpha a l'ouverture des yeux	Réactivité du rythme alpha au cours de l'épreuve des lunettes de Bartels										
	Blocage du rythme alpha		Réapparition discrète du rythme alpha au cours de l'épreuve L. B.				Réapparition importante du rythme alpha au cours de l'épreuve L. B.				Total des sujets (1)
			Réapparition identique OY		Réapparition plus importante OY		Réapparition identique OY		Réapparition plus importante		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sujets présentant un blocage du rythme alpha à l'ouverture des yeux.	51	35,17	-	—	50	34,48	—	—	44	30,34	145
Sujets présentant une réapparition discrète du rythme alpha à l'ouverture des yeux.....	—	—	15	14,01	26	24,29	—	—	66	61,68	107
Sujets présentant une réapparition importante du rythme alpha à l'ouverture des yeux.....	—	—	—	—	—	—	17	50	17	50	34

(1) Il s'y ajoute en outre 14 sujets présentant une réapparition du rythme alpha, plus faible au cours de l'épreuve des lunettes qu'à l'ouverture des yeux. Ces sujets ne figurent pas sur ce tableau.

Méthode

L'étude de la réactivité du rythme alpha au cours de l'enregistrement les yeux ouverts avec lunettes de Bartels a été pratiquée chez trois cents sujets. Ils étaient choisis extemporairement au cours des examens demandés au laboratoire et sélectionnés sur deux critères :

absence d'affections organiques du système nerveux central (la pratique d'électroencéphalogramme systématique chez tout malade entrant dans le service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital militaire Michel-Lévy fournit un lot très important de sujets répondant à cette condition) ;

présence d'un rythme alpha suffisamment abondant.

L'enregistrement était pratiqué les yeux ouverts pendant trois périodes d'une minute, séparées par des périodes d'enregistrement les yeux fermés. L'épreuve des lunetttes occupait la deuxième de ces périodes, intercalée entre les deux autres. Les lunettes étaient placées et enlevées alors que le sujet avait les yeux fermés et on attendait chaque fois que le rythme alpha se soit stabilisé pour passer à l'épreuve suivante. Les consignes données pour l'ouverture des yeux étaient très précises et stéréotypées : « Ouvrez les yeux ; regardez devant vous ; ne bougez pas. » (1).

Les sujets présentant, malgré ces consignes, de nombreux mouvements de paupières et des globes oculaires, facilement décelables par les artéfacts produits dans les dérivations antérieures, ont été éliminés de cette étude.

Les sujets retenus forment donc un groupe hétérogène, mais présentant en commun deux facteurs : rythme alpha abondant, acceptation des consignes.

Il semble en outre qu'un élément involontaire se soit glissé dans la sélection : les sujets présentant une réapparition, d'importance variable, du rythme alpha à l'ouverture des yeux, ont été retenus plus particulièrement ; le pourcentage de ces sujets est en effet beaucoup plus important dans ce groupe que dans le groupe-test étudié à Tarascon (Professeur Gastaut, étude en cours d'élaboration statistique), ou dans des groupes précédemment étudiés au laboratoire.

Quoi qu'il en soit, ce travail a été fait sur un groupe particulier

(1) Consignes et durée de l'enregistrement les yeux ouverts (une minute) sont les conditions de routine d'étude de la réaction d'arrêt dans notre laboratoire.

et dans des conditions très précises. Les résultats obtenus sont évidemment fonction de ces données.

Au cours de l'interprétation, l'abondance de la réapparition du rythme alpha avait été classée de la manière suivante :

blocage (1) ;
réapparition très discrète (2) ;
discrète (3) ;
réapparition peu importante (4) ;
réapparition importante (5) ;
réapparition très importante (6) ;
réapparition identique au rythme alpha les yeux fermés (7).

Il est bien évident qu'intervient dans cette appréciation un très gros facteur subjectif inéliminable. En dehors des cas nets, les limites entre ces différentes classes sont relatives. Aussi, pour l'exposé des résultats, trois groupes seulement ont été retenus :

blocage ;
réapparition discrète (correspondant aux classes 2, 3, 4) ;
réapparition importante (correspondant aux classes 5, 6, 7).

Résultats

I. — *Etude comparative de la réactivité du rythme alpha les yeux ouverts et au cours de l'épreuve des lunettes*

1° Chez quatre-vingt-trois sujets, l'épreuve des lunettes ne modifiait en rien la réactivité du rythme alpha à l'ouverture des yeux.

Cinquante et un montraient un blocage complet au cours des trois épreuves. Trente-deux présentaient une réapparition identique du rythme alpha avec ou sans lunettes (chez quinze sujets, il s'agissait d'une réapparition discrète ; chez dix-sept, d'une réapparition importante.

2° Chez deux cent trois sujets, la réapparition du rythme alpha était plus importante au cours de l'épreuve des lunettes qu'à la première période d'ouverture des yeux. Ils se répartissent de la manière suivante, en fonction de la réactivité à l'ouverture des yeux :

a) sujets présentant un blocage complet à l'ouverture des yeux : chez cinquante, le rythme alpha réapparaissait de manière discrète ; chez quarante-quatre, de manière importante ;

b) sujets présentant une réapparition discrète à l'ouverture des yeux : vingt-six montraient une réapparition plus importante, mais discrète ; soixante-six, une réapparition importante ;

c) sujets présentant une réapparition importante à l'ouverture des yeux : l'importance du rythme alpha était augmentée chez dix-sept.

3° Si on regroupe maintenant les deux rubriques précédentes, on constate que :

a) Chez les sujets dont le rythme alpha est bloqué à l'ouverture des yeux (145 = 100 %), le blocage persiste au cours de l'épreuve des lunettes chez 51 (35,17 %), alors qu'il reparaît de manière discrète chez 50 (34,48 %), de manière importante chez 44 (30,34 %). Par conséquent, dans ce groupe, la répartition est sensiblement homogène.

b) Chez les sujets présentant une réapparition discrète du rythme alpha à l'ouverture des yeux (107 = 100 %), 15 (14,01 %) montrent une réapparition identique au cours de l'épreuve des lunettes ; 26 (24,89 %), une réapparition plus importante, mais discrète ; 66 (61,68 %), une réapparition importante. Dans ce groupe, la répartition est beaucoup moins homogène avec une tendance très nette vers une réapparition importante.

c) Chez les sujets présentant une réapparition importante du rythme alpha à l'ouverture des yeux (34), la moitié (17) ne montre aucune modification au cours de l'épreuve, l'autre moitié (17) une réapparition plus importante.

4° Chez 14 sujets, la réapparition du rythme alpha était plus faible au cours de l'épreuve des lunettes. Cependant, il n'existait dans ce cas que de légères différences entre les deux épreuves. Compte tenu des facteurs subjectifs d'interprétation, cette donnée reste douteuse.

II. — *Etude comparative de la réactivité du rythme alpha au cours de la première et de la troisième période d'enregistrement les yeux ouverts (avant et après l'épreuve des lunettes).*

1° Dans 214 cas, il n'existait aucune différence entre les deux périodes.

2° Dans 76 cas, la réapparition du rythme alpha était plus importante au cours de la troisième période. En prenant comme référence l'importance de la réapparition du rythme alpha au cours de l'épreuve des lunettes, ces cas se répartissent ainsi :

a) dans 43, elle était moins importante qu'au cours de l'épreuve des lunettes ; mais les différences sont ici en général faibles ;

b) dans 23, elle était aussi importante ;

c) dans 7, elle était plus importante.

3° Dans 10 cas, la réapparition du rythme alpha était moins importante qu'au cours de la première période.

III. — *Constance du mode individuel de réactivité*

Peut-on admettre un type de réponse individuel toujours identique à l'épreuve des lunettes de Bartels ? Ce point n'a pas fait l'objet d'une étude systématique. Cependant, chez un petit nombre de sujets, la même épreuve a été répétée après un délai de temps variable. Chez les uns, la réponse paraît très stable ; par contre, chez d'autres, des variations plus ou moins importantes sont notées.

Néanmoins, le nombre des cas étudiés est beaucoup trop faible pour que cette remarque n'ait d'autre objet que de poser un problème.

IV. — *Comparaison de résultats selon l'état mental du sujet*

Sur les trois cents sujets examinés, cinquante présentaient des troubles mentaux de types très divers. La comparaison des résultats obtenus chez ces sujets avec ceux des deux cent cinquante autres n'a pas décelé de différence significative. Ce résultat négatif est satisfaisant, mais il n'a qu'une valeur relative du fait du petit nombre de sujets et du caractère hétérogène des tableaux cliniques.

V. — *Etude de la réactivité au cours de projection d'images diverses*

Pour comparer ces résultats, avec ceux obtenus dans une situation perceptuelle différente, seize sujets ont été enregistrés au cours de la projection d'images sur un écran.

Les sujets choisis présentaient une réapparition discrète ou importante du rythme alpha les yeux ouverts, importante au cours de l'épreuve des lunettes.

Les images retenues pour ces projections représentaient : un paysage, une table, une planche du test de Zullinger, une image floue. Cette dernière, obtenue en défocalisant la lampe de projection et en superposant deux images (afin de réduire l'inten-

sité de l'éclairement), ne permettait aucune identification de formes.

La pièce était complètement obscurcie au cours des projections, l'écran placé à trois mètres devant le sujet. Le sujet était enregistré de manière continue les yeux fermés et on lui faisait ouvrir les yeux une minute devant chaque image, le changement étant réalisé de manière silencieuse alors qu'il avait les yeux fermés.

Dans une première série de sept sujets, chaque image était projetée une seule fois au cours d'une seule séance. Dans une deuxième série de neuf sujets, l'image floue était intercalée entre chaque image (donc présentée trois fois), et une seconde séance identique était pratiquée vingt-quatre heures plus tard.

Dans les deux séries et pour tous les sujets, les résultats ont été identiques : le rythme alpha complètement bloqué et les pointes fonctionnelles occipitales (lorsqu'il en existait) considérablement augmentées. Chez un seul sujet de la deuxième série, on notait une légère réapparition du rythme alpha au cours de la projection de l'image floue.

Discussion

Intercaler entre les yeux d'un sujet et le champ offert à la vision des verres interdisant toute perception claire entraîne une modification de la réactivité du rythme alpha à l'ouverture des yeux chez 203 sujets sur les 300 examinés.

Au point de vue optique, les lunettes de Bartels, sans modifier l'intensité de l'éclairement, amènent un déplacement de l'image qui se forme en avant de la rétine. Subjectivement, la vision est brouillée ; les objets conservent grossièrement leur forme, mais les traits qui assurent leur individualité se perdent dans le flou.

Ces modifications apportées à la formation optique de l'image jouent évidemment un rôle capital dans les phénomènes étudiés et ce parce qu'elles mettent en jeu des processus beaucoup plus complexes intéressant le mode de fonctionnement du cerveau dans son ensemble, ce qui permet de rendre compte des variations individuelles de la réactivité. Cette importance de la formation optique de l'image est bien mise en évidence par la différence de type de réactivité observée entre l'épreuve avec lunettes et la projection d'une image floue. Une similitude d'effet avait été supposée *a priori*, basée sur l'absence de signification précise du donné offert à la perception. L'expérience montre qu'il s'agit

de situations très différentes conditionnant des attitudes fonctionnellement différentes. En réalité, le sujet explore l'image floue projetée devant lui et amène sur sa rétine une image optiquement correcte. Lorsque les lunettes sont interposées entre lui et le monde extérieur, la possibilité même d'images optiquement correctes disparaît ; les mécanismes constructifs de la perception sont grossièrement perturbés au niveau des récepteurs.

Les modifications apportées aux pointes fonctionnelles occipitales par l'intermédiaire des lunettes souligne cette différenciation des processus. Les conditions expérimentales dans lesquelles ce travail a été réalisé se prêtent très mal à la mise en évidence de ces grapho-éléments décelables seulement chez certains sujets lorsqu'ils étaient très importants. Néanmoins, leurs variations suivant les situations présentaient un intérêt particulier. En effet, dans tous ces cas, elles disparaissaient pratiquement complètement au cours de l'épreuve avec lunettes, qu'il y ait ou non une réapparition du rythme alpha. Par contre, elles étaient considérablement développées au cours des épreuves de projection, aussi bien pour l'image floue, la planche de Zullinger, que pour les autres images.

Dans un travail récent, Green (1) avait déjà constaté qu'en défocalisant l'image par les lunettes, l'incidence et l'amplitude des pointes fonctionnelles occipitales diminuaient. Il admet en conclusion que, « bien que les ondes lambda soient renforcées par certains types de mouvements des yeux, spécialement lorsque le sujet est intéressé à sa tâche, ces ondes n'apparaissent pas avec tous les mouvements oculaires, et leur survenue dépend largement de l'état d'alerte du sujet combiné à la nature de sa tâche ».

Les perturbations physiques des mécanismes périphériques de la perception provoquent donc bien un état fonctionnel particulier, qui se traduit par une disparition des pointes fonctionnelles occipitales, lorsqu'elles existent, et par une tendance à la réapparition du rythme alpha de manière plus abondante qu'à l'enregistrement les yeux ouverts chez deux sujets sur trois environ. On peut ainsi considérer, dans les conditions expérimentales de ce travail, trois états fonctionnels différents s'exprimant au point de vue électroencéphalographique par des formes de réactivité différentes, mais avec de très larges variations individuelles :

1° Au cours des projections, le sujet est brutalement placé

(1) Green (J.). — Some observations on lambda waves and peripheral stimulation. E.E.G. *Clin. Neurophysiol.*, 1957, 9, 691-704.

devant une image nouvelle, à laquelle les conditions particulières de la projection sur un écran confèrent en outre un caractère inhabituel. Le rythme alpha est complètement bloqué pendant toute la durée de l'épreuve. Lorsqu'il existe des pointes fonctionnelles occipitales, elles sont considérablement augmentées.

2° Lorsque, pendant l'enregistrement, on fait ouvrir les yeux au sujet dans les conditions précisées, l'image perçue (la partie du laboratoire qui s'étend devant lui) est déjà connue, banale, sans aucun caractère qui l'isole, la différencie des objets constituant le cadre habituel dans lequel il vit.

Le rythme alpha est bloqué chez les uns, réapparaît avec une importance variable chez les autres. Lorsqu'il existe des pointes fonctionnelles occipitales, elles surviennent en général immédiatement après l'ouverture des yeux pour disparaître rapidement.

3° Au cours de l'épreuve des lunettes de Bartels, la perception est défocalisée, perturbée au stade même de la formation optique de l'image. Le rythme alpha, bloqué chez certains, reparaît le plus souvent avec, dans le plus grand nombre des cas, une importance supérieure à celle constatée au cours de l'enregistement les yeux ouverts.

Le concept d' « état d'alerte » retenu par Green pour l'interprétation des pointes fonctionnelles occipitales paraît inadéquat. Il implique toute gradation, une hiérarchie de niveaux de vigilance bien arbitraire. Il semble en effet difficile de supposer une différence d'alerte, de niveau de vigilance chez un même sujet au cours des diverses épreuves. On ne peut admettre que le simple fait de défocaliser la vision pendant une minute suffise à entraîner une baisse de vigilance.

La notion d'attention peut plus facilement être utilisée pour rendre compte de ces faits. Mais, outre l'ambiguïté de cette notion même, elle laisse subsister des difficultés difficiles à éluder. Elle s'adapte en effet de façon parfaite au blocage obtenu au cours des projections ; c'est là une donnée très classique. Werre (1) écrit : « L'attention paraît avoir été utilisée pour désigner un degré relativement élevé d'expérience et se traduit à l'électroencéphalogramme par l'effet bien connu de blocage. »

Il semble par contre difficile de faire appel à cette notion pour expliquer la réapparition du rythme alpha au cours de l'épreuve des lunettes. En effet, l'image floue projetée devant le sujet pro-

(1) Werre (P. F.). — *The relationships between E.E.G. and Psychological data in normal adults.* Leiden, 1957.

voquerait un état d'attention suffisant pour entraîner un blocage complet, alors que l'image floue perçue à travers les lunettes s'accompagnerait d'un fléchissement de l'attention dont témoignerait la réapparition du rythme alpha. Un tel processus est difficilement admissible ; il est cependant inclus dans toute conception reliant la réactivité du rythme alpha les yeux ouverts à l'attention.

En réalité, ces variations du rythme alpha enregistrées les yeux ouverts ne peuvent être mises en relation qu'avec des attitudes globales impliquant le sujet dans ses relations avec le milieu extérieur.

Lorsque le sujet est placé pendant une brève période de temps devant une image projetée sur un écran, qu'elle soit immédiatement significative ou non, il est pris dans cette forme d'activité qu'est l'exploration de l'objet offert soudain à la perception. Au-delà des mécanismes optico-moteurs de balayage, cette activité implique des processus beaucoup plus complexes d'identification, de comparaison, d'appel au stock des souvenirs.

La situation du sujet au cours de l'épreuve d'ouverture des yeux dans les conditions habituelles de l'examen est de même nature, mais l'exploration est beaucoup moins prégnante. Le lot d'objets offert à la perception (un mur, une étagère, une porte) est rudimentaire, d'identification immédiate. D'autre part, dans sa banalité, il est déjà bien connu et exploré : le sujet l'a eu devant lui pendant la préparation à l'examen.

Deux caractères, très liés entre eux, distinguent donc ces deux situations : différence de diversité des données offertes à la perception, temps nécessaire pour que ces données soient rendues banales et familières.

Par contre, la situation du sujet au cours de l'épreuve des lunettes est de nature différente. L'exploration de l'image avec tous les mécanismes qu'elle implique passe au second plan. Certes, une image est offerte au sujet, image floue permettant cependant une identification sommaire des objets. Mais le sujet est pris dans un autre problème. Il sait que sa vision est artificiellement troublée et cherche à corriger cette perturbation optique : son activité est centrée par cet effort d'accommodation.

On peut comparer sa situation à celle de l'observateur utilisant des jumelles qui ne sont pas au point pour sa vue. L'image floue perçue n'a d'autre sens que d'indiquer la nécessité d'une correction du système optique, qui va centrer l'activité du sujet pendant la fraction de temps nécessaire. Ce n'est que lorsqu'elle est réalisée que l'exploration commence.

Mettre au point, ou tenter de le faire, par correction successive un système optique, qu'il s'agisse de jumelles ou de l'œil, et explorer une image constituent des formes différentes d'activité. Il est bien arbitraire de chercher à définir laquelle de ces activités s'accompagne d'une attention plus aiguisée.

En dernière analyse, les états fonctionnels considérés semblent correspondre à des formes diverses de conscience, caractérisées par des modalités différentes de relation avec l'extérieur.

Un certain nombre de sujets présentent donc toute une gamme d'états fonctionnels électroencéphalographiques qu'il est possible de considérer comme l'expression physiologique de situations perceptuelles diverses. Mais il en est d'autres chez lesquels cette succession de phases n'est pas retrouvée.

En effet, seule la situation « sujet en face d'une image projetée sur un écran » s'accompagne d'une réaction identique dans tous les cas sous la forme d'un blocage complet du rythme alpha (l'importance variable des pointes fonctionnelles occipitales constitue un problème particulier qui n'est pas envisagé ici).

Par contre, la réactivité du rythme alpha au cours de l'ouverture des yeux et plus encore au cours de l'épreuve des lunettes présente des variations considérables. Le rythme alpha peut être complètement bloqué, comme au cours des projections. Il peut reparaître plus ou moins abondamment, de manière soit identique au cours des deux épreuves, soit différente pour chacune d'elles.

Le fait que, chez deux sujets, une situation, identique pour l'observateur, s'accompagne de manifestations électroencéphalographiques différentes, traduit l'existence d'états fonctionnels qualitativement ou quantitativement différents. Il est évidemment très arbitraire de préjuger du dedans d'une situation vécue quelconque, si élémentaire soit-elle. Néanmoins, on peut estimer que ce sont beaucoup plus des phénomènes qualitatifs que quantitatifs qui rendent compte de l'individualité de la réactivité du rythme alpha. Il est bien difficile de supposer, chez des sujets placés dans des situations rigoureusement identiques de très courte durée, des niveaux de vigilance différents.

Est-il possible actuellement de rechercher une signification psychologique de ces caractéristiques individuelles ? Se basant sur la réactivité du rythme alpha à l'ouverture des yeux, G. Walter (1) a depuis longtemps établi une classification dynamique des électroencéphalogrammes. Mais le concept d'imageries

(1) Walter (W. G.). — *The living brain*, 1953.

mentales auquel il fait appel est loin d'être satisfaisant. La notion de types définis d'imageries mentales est très critiquable. Par ailleurs, l'établissement de trois groupes strictement délimités de réactivité du rythme alpha se heurte à des difficultés. Outre la possibilité de fluctuations dans le temps de la réponse, au moins chez certains sujets, les résultats de l'épreuve des lunettes apportent des difficultés à ce mode de classification. Dans quel groupe (R ou P), faut-il ranger les sujets dont le rythme alpha est bloqué les yeux ouverts, alors qu'il reparaît de manière importante au cours de cette épreuve ?

Les diverses modalités de réactivité observées participent certainement d'attitudes fondamentales différentes devant le monde offert à la perception et par conséquent devant le monde vécu. Mais tenter de préciser ce qui constitue ces attitudes appartient à l'avenir.

LE PROBLEME DE L'ALCOOLISME AU SANATORIUM

Essai de connaissance individuelle d'un groupe de 75 alcooliques

PAR

GUY BENOIT

Les études tendant à établir une classification des alcooliques sont à l'heure actuelle nombreuses. Elles se fondent sur un critère, soit morphologique, soit psychologique, et nous pensons en particulier aux travaux de Dublineau et aux travaux de Deshaies.

Notre tentative est particulière et ne prétend pas à une valeur générale — elle est de classification d'un groupe de 75 alcooliques connus dans un contact hebdomadaire, son critère est nouveau et lui donne une allure dynamique —, les alcooliques seront classés suivant les résultats obtenus et nous verrons que cette catégorisation superficielle correspond point par point à une autre plus profonde.

D'autre part, le but n'est pas de botanique, mais de recherche d'indications thérapeutiques pour les groupes délimités.

Tous ces alcooliques sont vus une fois par semaine au cours de la consultation de désintoxication qui a lieu dans un sanatorium — c'est en dire les particularités —, consultation agréée par les alcooliques, car elle se déroule en marge des règles disciplinaires du sanatorium, consultation intéressante dans la mesure où sa forme même oblige à revoir les insuccès de semaine en semaine, alors qu'au dehors ne sont revus que les

succès ; ainsi nous est permise une connaissance plus profonde de ces insuccès.

Mais nos remarques, encore une fois, ne sont valables qu'en milieu sanatorial ; leur application au dehors ne peut être faite qu'avec précaution.

Dans un premier temps, nous décrirons les modes de thérapeutique biologique que nous utilisons.

Tout d'abord, qui sont ces alcooliques qui forment le groupe.

L'âge moyen est aux alentours de 45 ans, peu d'individus ont entre 20 et 30 ans ; quand on rencontre un alcoolique à cette période de la vie, c'est toujours un problème particulier.

Le niveau social est toujours le même ; la plupart sont des ouvriers et font partie du prolétariat, cependant le niveau professionnel est assez bon, nous avons souvent affaire à des ouvriers spécialisés.

L'intoxication alcoolique existe dans tous les cas avant l'entrée au sanatorium, et de manière uniforme elle évite les apéritifs et les alcools pour se consacrer presque uniquement au vin rouge.

La thérapeutique de désintoxication appliquée est presque standard et ne présente rien d'original ; elle n'est mentionnée que pour mémoire.

Bien entendu, pas d'usage de strychnine, trop difficile à contrôler, le personnel infirmier à éduquer étant trop nombreux.

La bévitine, à raison de 200 mg. *per os* par jour, et le complexe B (sous forme de bécozyme ou de Total B) forment le fond du traitement. Il est poursuivi pendant trois semaines environ ; parfois sont ajoutées, suivant les indications, de la méthionine, de la méthiofoline, ou de la lobamine, aux doses habituelles.

La vitaminothérapie habituelle C et P est employée comme appoint dans les cas graves.

Il est inutile d'insister sur les résultats spectaculaires de sevrage plus thérapeutique, à savoir : augmentation rapide de poids (à tel point que seule la balance peut indiquer si le sevrage est complet), disparition de la fatigue, et même (impression rapportée par tous ceux qui ont été une réussite) rajeunissement.

Mais, là, rien de bien nouveau, ces résultats ont déjà été consignés à de multiples reprises.

Maintenant que sont connues les conditions de consultation et de traitement des alcooliques, nous classerons nos 75 malades suivant les résultats, en recherchant ensuite à quoi correspondent les groupes ainsi obtenus.

A la suite, nous donnerons pour chaque groupe une observation typique, à laquelle tous les autres malades ressemblent plus ou moins, afin de montrer l'unicité du groupe.

Le premier groupe est constitué par les succès francs, c'est-à-dire désintoxication réussie, pas de reprise des habitudes éthyliques, et amélioration de la maladie tuberculeuse.

Ce groupe comprend 12 malades, qui, à la lecture d'observations, même résumées, se ressemblent tous ; le groupe reste extrêmement homogène. Nous retrouvons chez tous ces hommes des éléments biographiques significatifs.

Sur les 12 malades, nous trouvons un célibataire, cinq ont épousé des femmes plus âgées qu'eux, d'un minimum de quatre ans à un maximum de vingt ans, un autre a épousé une femme qui, dit-il, a de l'instruction et de ce fait lui est supérieure, le dernier, qui a épousé une femme du même âge, a vécu jusqu'à 36 ans en compagnie de ses parents et a épousé une ex-tuberculeuse maintenant infirmière à la mort de ceux-ci. Un autre vit avec la femme d'un ancien malade. Parmi les malades déjà cités, deux ont épousé des femmes déjà mères avant le mariage.

En ce qui concerne le couple parental : sept sont issus de parents dissociés, soit un des parents morts alors que le malade était très jeune, soit un divorce, soit une infirmité du père l'éliminant presque complètement. Les trois autres ont été sous la dépendance des parents pendant très longtemps : deux sont restés célibataires, vivant avec les parents jusqu'à 40 ans, le troisième, traumatisé somatique grave (coxalgie et raccourcissement), se souvient d'un couple parental autoritaire et dominateur.

Trois malades sont des éléments étrangers venus en France dès l'enfance et mal adaptés.

Tous sont faibles, suggestibles, tous ont été perdus dès leur arrivée au sanatorium et ne se sont retrouvés qu'autour du verre de vin, seule survivance de leur existence antérieure.

Tous aussi sont des hommes mal fixés dans leur profession, et cela de manière curieuse : l'un est un licencié ès sciences n'ayant jamais pu passer l'agrégation, et relégué dans un poste obscur ; un autre est maintenant ébarbeur alors qu'il fut longtemps routier ; un troisième est ajusteur, mais, dit-il, plus bricoleur qu'ajusteur ; un quatrième, bijoutier-joaillier, est chauffeur de chauffage central.

Tous buvaient régulièrement avant leur tuberculose, et avant

leur entrée au sanatorium ; la moyenne s'établissant autour de deux à trois litres de vin rouge par jour.

Tous souffrent depuis leur arrivée d'insomnie et de troubles digestifs ; aucun ne peut supporter le régime alimentaire du sanatorium, de qualité pourtant élevée eu égard à d'autres collectivités (telles que les cantines d'usines, où nombre de ces malades déjeunent).

Ces malades sont seuls, ils ont peu d'amis et peu de distractions collectives, ils lisent des romans policiers et écoutent la radio ; la maladie tuberculeuse, ou tout au moins le comportement social vis-à-vis de la maladie tuberculeuse, a entièrement transformé la structure dans laquelle ils vivaient, et les a dépaysés.

Recherchant une présence humaine, ils n'ont trouvé dans la collectivité sanatoriale que des contacts transitoires et trompeurs : la connaissance du règlement intérieur au début de leur séjour, le contact poumon avec le médecin chargé de les soigner et qui ne les satisfait pas profondément, le contact piqûre avec les infirmières, et très vite, du fait de l'éthylisme, le contact sanction.

Ces malades réclament la consultation de désintoxication, car elle se passe sur un plan qu'ils connaissent bien, celui de l'oralité ; qu'importe qu'elle soit frustrante, elle est intégrée, et dans ce sens ces malades vont obéir à ce nouveau médecin qu'ils ont demandé et accepté.

C'est sur eux que doit porter l'effort, car ils accepteront facilement la désintoxication, quitte à la payer par un entretien satisfaisant.

C'est une règle que ces malades ne doivent pas être abandonnés ; c'est une règle aussi qu'après un succès au sanatorium ils reprennent au dehors leurs habitudes éthyliques.

Un de ces malades est le type du groupe ; nous donnerons ici son observation résumée :

M. G... est âgé de 33 ans, après plusieurs métiers, il est maintenant restaurateur, ce qui lui permet de boire avec les clients. Sa tuberculose est ancienne, le début de la maladie se place à 15 ans ; sa mère était morte un an auparavant. Des périodes de maladie et de bonne santé ont rythmé cette longue période de dix-sept ans. Un pneumothorax est pratiqué en 1945. La rechute actuelle, en 1955, est révélée par un amaigrissement considérable de 6 kg. Il a épousé, il y a cinq ans, une fille-mère de quatre ans plus âgée que lui ; il la décrit comme

autoritaire, matérialiste, jalouse. La maladie, avant de venir au sanatorium, l'avait rendu complètement dépendant de cette femme ; il ne remuait plus, il ne mangeait plus, les excès éthyliques étaient nombreux à cette époque. L'arrivée au sanatorium a accru cette impression de déséquilibre et, quoi qu'il en ait dit, il a continué à boire. Dès la convocation à la consultation tout a changé. Une impression de refuge près d'un médecin compréhensif, loin des querelles conjugales, est apparue ; des phrases de reconnaissance infantile lui viennent aux lèvres : « Ici, je suis dans le bon, Paradis, pourvu que ça puisse durer ; je n'ai pas le désir de retourner chez moi, c'est ça qui est le pire. » Il a dit à son médecin traitant qu'il aimerait bien habiter son pavillon, il trace le plan de sa future maison et la voudrait semblable au pavillon de ce médecin. Sur le plan conjugal, les relations sont rompues, il ne veut plus revoir sa femme, et révèle qu'elle ne l'a jamais satisfait ; il reçoit des lettres d'elle qui, dit-il, lui coupent l'appétit, elle lui envoie des livres de morale et de religion. La famille est également peu favorable, il reçoit des lettres d'une jeune sœur, surveillante des aériums, il l'admire car elle est cultivée, c'est une ancienne guide ; il lui résiste primitivement car elle lui demande de reprendre la vie commune avec sa femme. Tout le séjour au sanatorium est marqué par des difficultés de ce genre apportées par les lettres, pourtant il ne reprendra à aucun moment ses habitudes éthyliques, et viendra régulièrement converser avec le médecin chargé de la consultation de désintoxication. Par contre, de nombreux phénomènes somatiques banaux sont apparus, qui le dirigent à chaque fois vers le phtisiologue qui le soigne et qui l'écoute avec attention : ce sont des picotements dans les poumons, de la dyspnée, une sensation d'explosion dans la poitrine, il éprouve le besoin de se promener et de faire des mouvements respiratoires, il tremble légèrement, il dort mal, par moments il mange mal ou peu. Mais, écouté et rassuré, il voit ces ennuis disparaître l'un après l'autre.

Ainsi, la possibilité de se raconter a-t-elle permis à ce malade de faire au sanatorium un séjour satisfaisant, d'arrêter ses excès éthyliques. Mais, et c'est là la marque d'une telle existence, nous n'avons assisté ici qu'à un entr'acte ; dans les derniers jours, le malade décide de reprendre la vie commune avec sa femme et il reste évident que les excès éthyliques vont reprendre dès la sortie. L'action qui a été exercée n'a été qu'une action locale et superficielle, rien de profond n'a été touché, et après un arrêt de six mois le malade va reprendre le développement de sa biographie d'abandonnique.

Les autres malades ont une histoire, sinon semblable, du moins très proche ; tous sont des abandonniques, ce qui explique cette insertion rapide dans un milieu dès qu'il se montre bienveillant dans le sens qu'ils souhaitent.

Le second groupe de malades, qui en comprend huit, se rapproche, du premier, mais de profondes différences existent cependant ; l'exposé va nous montrer que, bien que groupe des succès mitigés, ce groupe est sûrement le plus intéressant, et sur lequel l'action peut être la plus féconde.

Nous devons avant tout nous entendre sur la dénomination du groupe « succès mitigés ». Elle couvre à la fois les malades qui ont diminué les quantités de vin absorbées et ceux qui ont cessé de boire pour n'être pas renvoyés.

Des mécanismes conscients et explicités jouent à tout moment dans le comportement de ces malades. Chez eux nous retrouvons, non plus une personnalité abandonnique, mais profondément fixée à un personnage familial extérieur.

L'insertion dans le milieu sanatorial, même bienveillant, est difficile, et le comportement, rattaché aux personnages extérieurs, est difficile à modifier.

Mais tous les malades ne présentent pas cette particularité ; dans un premier temps, nous examinerons ceux qui sont attachés à un personnage familial ou social, mais de manière presque consciente.

Sur les huit, nous en découvrons cinq ; l'attachement est différent, mais joue dans tous les cas le même rôle ; nous donnerons à ce propos plusieurs observations résumées, car le comportement est significatif.

D..., 54 ans, s'est marié à 33 ans. Avant et après son mariage, il a vécu très près du couple parental ; il est resté très attaché à sa mère. Les dernières années de la vie de celle-ci, il travaillait à son jardin. Elle est morte il y a quatre ans. La tuberculose a débuté peu de temps après. Accroché très vite par la consultation de désintoxication, ayant stoppé ses excès éthyliques, il fait un excès le jour de la fête des mères et reprend ses habitudes.

A..., 55 ans. La tuberculose, apparue en 1952, a été précédée par de nombreux autres événements somatiques, dont le plus marquant a sûrement été une gastrectomie pour ulcus. Est marié à une femme qu'il qualifie de gentille et travailleuse. Est désemparé depuis l'apparition de la tuberculose. Retraite anticipée et sanatorium. Ethylique

au dehors, il a diminué les quantités de vin absorbées dès son arrivée au sanatorium, mais il ne faut aucunement y voir un résultat de la consultation ; il ne boit que le bon rouge que lui apporte sa femme, le vin d'ici n'étant pas bon pour lui.

De..., 38 ans. Manutentionnaire aux P.T.T., divorcé après dix ans de vie commune, il vit seul en pension de famille, il est seul. La maladie tuberculeuse est pour lui un avantage considérable : au sanatorium, il continue de toucher son salaire entier et, ne dépensant rien pour sa nourriture, se trouve riche. A compris tout seul que la poursuite de ses excès éthyliques risquait de le faire renvoyer ; a arrêté de suite ses habitudes et a poursuivi la cure jusqu'à la fin de manière satisfaisante.

Ainsi apparaît chez ces trois malades, et chez les deux autres dont nous n'avons pas donné les observations, un attachement net à un personnage extérieur, attachement si fort que l'action du psychiatre, dans sa courte durée, est particulièrement inefficace, elle ne peut parfois qu'accentuer la prise de conscience de la situation.

Ainsi se justifie pour eux la dénomination de succès mitigé. D'un autre côté, il reste certain qu'une action plus profonde et plus fréquente aurait pu remporter un meilleur succès.

Les trois autres malades de ce groupe sont des abandonniques, mais à un degré moindre que ceux du premier groupe, ce qui rend compte de l'insuccès. Nous donnons deux observations résumées, qui montrent bien dans quel sens il aurait fallu agir : isolement plus strict, suppression des permissions, présence plus fréquente du psychothérapeute.

D..., 53 ans, a débuté sa maladie tuberculeuse il y a quatre ans. Elle était la conclusion d'une longue existence d'échecs, qui se résument ainsi : habitant Arras au cours de la guerre de 1914, interné civil du fait de l'occupation allemande, il doit partir, à la suite d'une mésentente familiale ; à 13 ans, il traverse le front et vient vivre à Paris, seul ; il se marie en 1926, à 24 ans ; prisonnier entre 1940 et 1944, il est trompé par sa femme et divorce au retour ; en ménage de 1946 à 1955, il passe neuf années heureuses ; la maladie le sépare de sa maîtresse, qui lui signifie la rupture dès l'arrivée au sanatorium. Ethylique d'habitude, la consultation de désintoxication est pour lui un refuge. Il cesse ses habitudes éthyliques quelques mois, puis, à l'occasion d'une ivresse aiguë, est renvoyé.

B..., 43 ans, est malade depuis 1951. Son père est mort alors qu'il avait 10 ans ; il travaille depuis l'âge de 13 ans, marié en 1939 ; après un ménage qui avait duré dix ans il a divorcé en 1949. Père de sept enfants confiés à la belle-mère, il est seul. Ethylique d'habitude, il a réagi comme il fallait à la consultation de désintoxication et a stoppé ses habitudes. Une permission mal placée a tout remis en question et les excès sont repris jusqu'à la sortie.

Dans ce groupe, nous voyons apparaître des personnalités, non pas abandonnées, mais rejetées, pour qui la présence intermittente du psychiatre n'est pas suffisante, et qui, malgré elles, se feront encore rejeter par le nouveau milieu qui les a accueillies.

Ainsi se dégage dans un premier temps un groupe relativement homogène, comprenant les malades du premier et du second groupe, lesquels peuvent être améliorés par le simple contact et sont une indication de la psychothérapie.

S'opposant à ce groupe, et présentant avec lui des différences profondes, nous décrirons maintenant le groupe des renvois disciplinaires (ainsi se poursuit cette classification, conséquence de l'insertion de l'alcoolique en milieu fermé).

Les renvois disciplinaires ont été prononcés après plusieurs épisodes éthyliques, état d'imprégnation chronique ou ivresse agitée.

Ce groupe comprend 14 malades ; d'emblée, une différence apparaît avec le groupe précédent. Alors que nous avons relevé dans le second groupe une majorité de fonctionnaires, employé des P.T.T., cheminot, ici nous avons affaire à des gens effectuant un travail pénible.

Ces malades sont pour la plupart ouvriers du bâtiment, mineur, docker, terrassier, chez eux le travail représente une portion très importante de leur existence. Il existe chez eux un couple irréductible éthyl-travail traditionnel, ou même plus simplement corporatif, si ce n'est familial.

Pour tous ces malades, la révélation de l'éthylisme s'est faite au sanatorium ; auparavant ils étaient des ouvriers effectuant un travail dur et buvant pour se soutenir ; leur intoxication n'avait eu jusque-là aucun retentissement social, tout au plus avait-il des conséquences familiales, et encore... Sincèrement, ces malades ne boivent pas, et, bien que cela soit un schéma simpliste, ils se font renvoyer d'un milieu fermé qui brise le couple habituel éthyl-travail.

Bien que ces malades soient restés un assez long temps au

sanatorium, puisque la moyenne du séjour est de cinq mois, avec un maximum de un an et un minimum de dix jours, les observations à leur propos sont moins complètes, moins riches que celles des malades des deux groupes précédents.

Nous avons affaire dans ce groupe à des malades apparemment bien insérés au milieu familial ; la désinsertion n'est apparue qu'au sanatorium.

Deux observations résumées montrent bien la physionomie des malades de ce groupe.

M..., qui est âgé maintenant de 49 ans, est docker, il a toujours pratiqué ce métier, ou un autre aussi pénible. C'est un alcoolique massif, qui absorbe par jour vingt pernods, plus six litres de vin, sans compter des apéritifs épisodiques. Sa femme s'est séparée de lui depuis 1945, mais il possède une concubine régulière. Il présente presque uniquement des signes digestifs d'alcoolisme, anorexie, nausées, et même le renouveau d'une ascite déjà ponctionnée une fois. Protégé par le traitement il a pu rester sept mois au sanatorium. Il est néanmoins sorti sur renvoi.

Cha..., 55 ans, terrassier, n'a pu rester que dix jours au sanatorium. C'est un éthylique habituel, justifiant ses excès par son travail, employant les formules habituelles des travailleurs de force. Il est marié et père de deux enfants ; il ne semble pas avoir de difficultés de ce côté. Il présente quelques signes digestifs, mais sans grande importance. Son comportement rend difficile un séjour prolongé, chaque ivresse se terminant par une bataille générale avec les camarades de chambre.

Les douze autres malades se rapprochent de ces deux observations, et chez eux nous voyons apparaître un phénomène qui sera plus évident encore lors de l'étude des malades du cinquième groupe, à savoir la protection que représente pour eux la consultation de désintoxication, mais ils ne peuvent parvenir à l'expliciter, et si un certain nombre ont pu sortir guéris de ce fait, d'autres ont dû subir dans leur tuberculose les conséquences d'un renvoi disciplinaire. Chez eux, l'alcoolisme n'est pas explicité, et ils n'ont à aucun moment conscience du rôle que jouent leurs habitudes éthyliques dans leur maintien en milieu fermé.

Le groupe que nous allons étudier maintenant est de tous le plus important ; nous lui avons donné la dénomination de

groupe des alcooliques sociaux. Chez ces malades, l'alcoolisme est connu ; il existe avant l'arrivée au sanatorium une pleine conscience des excès éthyliques et de leur retentissement social ; pour des raisons profondes, cet alcoolisme ne peut être abandonné, mais il peut faire l'objet d'une adaptation au milieu.

C'est dans ce groupe que nous trouverons les malades les plus réticents, mais aussi les plus fidèles à la consultation, qui est pour eux une garantie.

Dans ce groupe, nous distinguerons plusieurs classes : les désociés, groupe peu important ; les hypersociés, très nombreux ; les imprégnés à bas-bruit ; les compensés conscients par l'éthyl et qui ont peur de l'abandonner ; les abandonniques n'ayant pas été un succès et qui rejoignent les deux premiers groupes.

Nous avons donné cet ordre afin d'éclairer l'exposé, mais nous ne le suivrons pas, car en réalité la première classe et la cinquième doivent être étudiées ensemble, car comprenant les mêmes malades, ou presque ; de même la deuxième, la troisième et la quatrième.

Nous étudierons tout d'abord le groupe des alcooliques hypersociés et leurs correspondants des troisième et quatrième classes.

Les hypersociés, qui sont la dominante du groupe, au nombre de 17, sont la caricature de ce groupe. Ils peuvent faire l'objet d'une description d'ensemble, tant en ce qui concerne leur biographie que leur comportement au sanatorium et à la consultation de désintoxication.

L'âge moyen est de 45 à 50 ans. Tous ces malades possèdent un métier assis dans lequel ils persistent sans difficultés, et sont appréciés ; ces métiers sont à l'ordinaire pénibles, nous découvrons au hasard un chauffeur de camion, un fondeur, un carrier, un peintre en bâtiments. Ils sont d'ordinaire bien insérés dans leur milieu familial et social ordinaire ; ce sont tous des bons garçons, des rigolos même ; ils reçoivent régulièrement la visite de leur femme et de leurs enfants, ils sont la plupart du temps sans soucis.

Il est intéressant de constater qu'ils ont pris au dehors l'habitude de la clandestinité, ils savent boire en se cachant, ils savent boire jusqu'à la limite qui ne permet pas à leur femme de les traiter d'alcooliques. Au sanatorium, chacun sait qu'ils boivent mais jusqu'ici personne n'a pu les surprendre alors qu'ils étaient ivres. Ils ne veulent pas être renvoyés, tant de leur milieu familial que de ce nouveau milieu social, qui d'un certain côté, et ils

en ont conscience, leur est bénéfique. L'attitude à la consultation de désintoxication n'est qu'une série de variations autour du même thème.

Pre..., 49 ans, chauffeur de camions, écoute le médecin avec grande attention, promet de suivre ses conseils, renchérit même sur les méfaits de l'alcool, prend scrupuleusement les vitamines prescrites. Revenu devant lui vingt jours après, il vante la vertu des médicaments administrés, donnant ainsi au médecin une satisfaction professionnelle, mais continue à boire comme auparavant. Il répondra à toutes les convocations, ayant conscience de la garantie que présente pour lui son assiduité. Il sortira guéri.

Hu..., 41 ans, est coiffeur. Il se sent offensé dès que l'on parle d'éthylisme à son propos ; il veut que l'entretien soit centré sur ses troubles mnésiques, justifiant à eux seuls la visite du psychiatre. La connaissance par son récit de son attitude familiale fait saisir une hyperrigidité morale, dans laquelle l'alcoolisme n'a pas de place. Lui aussi sortira guéri.

La..., 32 ans, est un buveur habituel. L'on note plusieurs accès confuso-oniriques dans les antécédents, il a été interné à Ville-Evrard. Tout l'entretien est centré sur l'action néfaste des antibiotiques, responsables des accès confuso-oniriques ; il n'admet pas que l'éthyl puisse en être la cause, par expérience, il trouvera des différences. Il sortira guéri.

Le..., 48 ans, est employé dans une manufacture de draps ; c'est un bon garçon sympathique, l'entretien ne peut se dérouler en dehors d'un échange de plaisanteries ; il reviendra parce que le médecin lui plaît. Il admet l'éthylisme chez les autres, mais pour lui le repousse ; le médecin est un ami, ainsi il ne peut exercer aucune action punitive ou privatrice quelconque. Il sortira guéri.

Pr..., 48 ans, est un employé du sanatorium. C'est un homme cultivé, autodidacte. Le contact se fait sur un plan qui satisfait le médecin ; nous sommes entre gens cultivés et qui se comprennent, entre nous il ne saurait être question d'éthyl, sujet trop bas pour de tels interlocuteurs. Lui aussi est guéri.

Br..., 42 ans, facteur. Il a marqué son arrivée ici par une ivresse ; marque son amour de la clandestinité par un « si ma femme savait ça » jovial ; contre les interdits de sa femme le médecin et le sana-

torium sont complices et nous ne pouvons plus sortir de cette attitude. Il reviendra plusieurs fois aux consultations, continuera ses excès éthyliques, mais sortira guéri.

Nous ne multiplierons pas les observations, elles sont toutes semblables. Tous ces malades sont les champions d'une mauvaise foi consciente et adaptée ; chez eux se développe l'attitude de la « peur du gendarme ». Le malade tient à son inhibition régulière, mais il sait l'adapter aux interdits conjugaux et sociaux.

Pour ce groupe de malades, la psychothérapie individuelle semble devoir être vouée à l'échec ; le seul contact avec le médecin ne pouvant parvenir à expliciter les raisons profondes de l'alcoolisme, trop bien compensées, seul le recours à une groupthérapie donnerait des résultats ; pratiquée avec régularité elle donnerait des résultats à long terme, devant persister après la sortie du sanatorium.

Se rattachant à cette classe des alcooliques hypersociés, nous décrirons maintenant deux types de malades, qui sont, l'un la terminaison, et l'autre le début de cette classe.

Dans un premier temps, les malades installés dans l'alcoolisme et qui s'imprègnent en silence. Ces malades sont venus peu de fois à la consultation ; très vite ils n'ont plus répondu aux convocations, leur existence actuelle termine celle des alcooliques hypersociés vus précédemment. Il existe chez ces malades une philosophie de l'inutilité et du désespoir, mais entièrement convertie en un éthylisme devenu inaccessible. Ces malades sont rares, nous n'en connaissons que cinq. Il est difficile de donner à leur propos des observations, même résumées ; ces malades se livrent peu, et même, dans une certaine mesure, n'ont plus rien à dire ; ils poursuivront leur imbibition sans scandale, et tous les cinq seront considérés comme guéris lors de leur sortie.

En opposition à cette classe, nous décrirons maintenant des malades qui se présentent eux-mêmes comme des traumatisés psychiques graves, ayant découvert dans l'éthyl un moyen de compensation idéal, et ne voulant plus l'abandonner de peur de retomber dans le désespoir. La compensation est chez eux consciente, ce qui les distingue aisément des premiers groupes ; c'est la classe des compensés conscients par l'éthylisme. Les observations sont éloquentes.

Ca..., 20 ans, est un orphelin qui a été élevé par sa grand-mère. La tuberculose a débuté tôt, à 17 ans, lui interdisant un apprentissage

correct ; la puberté a été tardive et n'est apparue qu'au sanatorium. Sa vie est très isolée, vouée à la maladie et au désespoir. La sortie n'est que timidement envisagée. Le seul appui possible au dehors, en l'occurrence la sœur aînée, vient de disparaître ; elle est morte en effet tout récemment. Les quantités d'alcool absorbées sont considérables, mais les ivresses sont peu apparentes. Ce malade va évoluer doucement vers le type hypersocié, chez lequel, dans quinze ans, il sera très difficile de connaître et de valoriser les traumatismes psychiques primitifs.

Vi..., 51 ans, est fraiseur. C'est un ouvrier estimé et même recherché. Il s'est autrefois opposé à sa femme à propos de ses excès éthyliques ; celle-ci l'a quitté, aujourd'hui il boit, dit-il, pour se consoler. Lui aussi va devenir, s'il ne l'est déjà, un alcoolique hypersocié.

Jo..., 45 ans, n'a un métier stable que depuis peu de temps. Auparavant, il a été marin-pêcheur, de commerce, de l'Etat. Il a été traité en 1947 pour un ulcus, mais a échappé à la gastrectomie. A épousé récemment une mère de trois enfants, autoritaire et peu affectueuse. L'imprégnation éthylique est constante ; elle reste au sanatorium le dernier intérêt qu'il porte à la vie. Chez lui aussi jamais les ivresses ne sont visibles, ni scandaleuses.

Fa..., 32 ans, est un ajusteur-outilleur de haut niveau professionnel. Il est bien inséré dans son milieu familial. Ne boit que depuis l'arrivée au sanatorium, allègue la séparation douloureuse, ne peut vivre sans sa femme. En milieu fermé, pour peu que la maladie se prolonge, il deviendra un parfait alcoolique hypersocié.

Ainsi, nous voyons combien ce groupe est homogène ; presque tous ces malades sont des traumatisés psychiques, ne trouvant de consolation consciente ailleurs que dans l'alcool. Cette dernière classe comprend neuf malades.

Pour tout ce groupe, qui compte en tout 16 + 5 + 9, c'est-à-dire 30 malades, le milieu fermé réalise un moyen idéal de traitement, à condition que l'on puisse l'utiliser le mieux possible. Mais tous ont dépassé le stade de l'attachement et de l'obéissance à un médecin, même psychiatre, et même psychothérapeute. La consultation de désintoxication ne fait que confirmer chez eux l'impression d'être surveillés et d'être empêchés de boire, l'action épisodique de celle-ci ne peut aller plus loin.

L'alcoolisme est conscient, organisé ; il est un comportement rejeté, qui fait l'objet d'un certain nombre de processus d'adap-

tation. Là, plus qu'un contact individuel avec le médecin, serait féconde une psychothérapie de groupe. Il est certain que, appartenant à un groupe d'alcooliques se réunissant deux à trois fois par semaine, ayant conscience du fait qu'ils sont entre alcooliques, la structure ordinaire dans laquelle ils ont appris à vivre s'effondrerait, et l'alcoolisme éliminé, puisque non interdit, les problèmes profonds, jamais résolus, réapparaîtraient.

Dans ce groupe des alcooliques sociaux, deux classes restent à décrire, les désociés et les abandonniques n'ayant pas été un succès. Ces deux classes ont été séparées artificiellement, du fait que les malades composant la première ont demandé leur sortie ; en réalité, les malades se ressemblent profondément et se rattachent aux malades décrits dans le premier groupe de cette classification.

Ce groupe comprend neuf malades ; sur neuf, huit ont perdu un des parents avant l'âge de 10 ans, pour cinq il s'agit du père et pour trois de la mère. Tous ont des difficultés conjugales : soit abandonnés par la femme, soit femme nettement plus âgée qu'eux, soit femme mère de plusieurs enfants avant le mariage. Tous avaient besoin de la consultation de désintoxication ; cinq s'y sont soustraits en demandant leur sortie, les quatre autres en ont recueilli un résultat mineur. Il est certain qu'il y a là un groupe de neuf malades qui aurait pu prendre place parmi le groupe des succès.

Avant de tirer les conclusions d'une telle classification, nous voudrions donner les observations des trois malades qui forment, parmi nos quelque 80 alcooliques un groupe dont il est beaucoup parlé, mais dont les représentants francs sont rares, celui de l'éthyl-suicide. Chez ces trois malades, le comportement, les phrases échappées, l'évolution ultérieure, confirment cette vocation du suicide qui, malgré tout, n'est pas aussi fréquente qu'on le dit chez l'alcoolique.

Bou... est bûcheron. Il a 25 ans, il a été dépisté il y a cinq ans, a été traité, puis libéré. Bien qu'engagé à changer de métier, il est redevenu bûcheron. Il a rechuté à 23 ans et depuis est au sanatorium. Il est le quatrième de quatre garçons, et son père est mort alors qu'il avait 10 ans. Il n'a pas été à l'école au-delà de 13 ans et a dû travailler immédiatement au bois. Au travail, c'est un hyperactif, travaillant de 4 heures du matin à 11 heures, sans interruption. Au sanatorium, il ne sait que faire de son temps, aussi parcourt-il en tous sens tous les chemins de l'établissement, il ne peut pas lire, il n'aime pas

réfléchir. Il ne peut pas se fatiguer, et c'est son désespoir. Au dehors il buvait 4 litres par jour et par période restait pendant huit jours ivre-mort. Au sanatorium il fait quelques excès ; sa tuberculose s'aggrave du fait de son hyperactivité perpétuelle. L'aventure se termine par une ivresse excito-motrice et par une auto-mutilation. Il sera interné.

Che..., 40 ans, est vendeur de journaux. Il n'a jamais connu de profession vraiment stable. Après son C.E.P., à 11 ans et demi, il a appris la cordonnerie, l'a abandonnée en 1918, a été polisseur de verre, comptable, manœuvre dans le bâtiment, puis vendeur de journaux. Il est marié depuis vingt ans à une femme plus âgée que lui, ayant un fils de 26 ans qui n'est pas de lui. Ses parents sont morts au cours de son enfance. Sa femme, qui semble être une maniaque dépressive, est actuellement dans un sanatorium de femmes. Il présente depuis 1949 une tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale grave. Aujourd'hui, c'est un grand insuffisant respiratoire. L'éthylisme est constant, les ivresses obéissent au même rythme que les crises de dyspnée. Il a conscience de la gravité de la tuberculose et envisage avec terreur une sortie. Au moment de l'examen, il est depuis quatre ans au sanatorium. Dans les premiers mois du séjour, il a tenté de s'adapter, il a fabriqué des broches et des colifichets, puis a abandonné, et depuis quatre ans l'imprégnation alcoolique est régulière. C'est la présentation même de l'impuissance totale devant les exigences de la vie, l'avenir est bouché et le temps est arrêté. Le contexte somatique n'est pas brillant, c'est un amaigri, trembleur, subictérique et anorexique. Il viendra régulièrement à la consultation, mais comme l'on se regarde dans un miroir pour constater le développement d'un mal. Il a été suivi huit mois, mais a poursuivi ses habitudes éthyliques au cours de ces consultations. La fin approche, et rien n'est fait pour l'arrêter, les crises de dyspnée se font plus fréquentes, une hémoptysie apparaît, l'amaigrissement est important, puis il meurt, ayant réalisé sa destinée.

Be... a 50 ans, il est emballeur. Sa tuberculose n'est pas grave. Il n'est resté que peu de temps au sanatorium, car il a voulu sortir tout de suite. Quand nous le voyons, il est tuberculeux depuis un an. Auparavant, on note des traumatismes sur les deux plans psychique et somatique. En captivité en Allemagne, sa femme le trompe pendant son séjour. Il est divorcé depuis un an, la femme a la garde des enfants ; il est depuis en concubinage, la concubine l'a abandonné depuis son séjour au sanatorium, et il attend désespérément sa visite d'un dimanche à l'autre. Au sanatorium, il boit régulièrement. Au

cours de la dernière ivresse il a glissé et s'est fracturé une jambe ; le repos forcé et l'absence de ravitaillement alcoolique l'ont énervé et il veut repartir. Il regrette les ivresses manquées pendant son séjour au lit. Il repartira non guéri pour reprendre son travail et ses excès éthyliques au dehors ; la tuberculose ne pourra que s'aggraver, peu lui importe, il se sent éliminé par tous les milieux qu'il a fréquentés, vivre ici ou ailleurs..., mourir ici ou ailleurs...

Ces malades sont le plus souvent inaccessibles et, nous l'avons vu pour le second, malgré une attitude psychothérapique à leur égard, il est très difficile de les arrêter dans la réalisation de leur destin. Heureusement, quoi que l'on croit, ces malades sont rares au sanatorium et, dans une expérience qui a maintenant quatre ans d'âge, nous n'en avons connu qu'une dizaine, dont d'ailleurs nous nous réservons de donner les observations dans un autre article, car le destin de ces malades est bien particulier et certains sont malgré tout accessibles à un contact psychothérapique.

Ceci n'est qu'une parenthèse nécessaire pour évoquer ces tuberculeux auto-destructeurs, que les psychiatres connaissent seulement, et que l'on croit légion ; là, certes, coïncident étroitement la psychiatrie et la phtisiologie, mais ce n'est là qu'exceptionnel. La charnière psychiatrie-phtisiologie, qui existe, nous en avons la certitude, ne doit pas être cherchée là.

Nous nous placerons, en ce qui concerne les conclusions, sur deux plans : d'une part, quelle est la signification d'une telle classification en dehors du sanatorium ; d'autre part, quelles en sont les conséquences théoriques et pratiques à l'intérieur du sanatorium, milieu fermé idéal.

Nous avons eu affaire à un matériel spécial, puisque composé uniquement de tuberculeux ; de plus, nous l'avons dit, dès le début les alcooliques ont été considérés en fonction de leur réaction au milieu sanatorial. Cependant, les classes reconnues ne sont pas isolées, et correspondent à ce que l'on voit au dehors en fait d'alcooliques.

Il nous faut toutefois traduire les dénominations des groupes et, si nous mettons les arriérés affectifs sous l'étiquette des succès, les déséquilibrés sous celle des renvois disciplinaires, la classification intérieure devient valable au dehors. Mais tel n'est pas notre véritable but ; il est malgré tout plus modeste, et il nous semble surtout important de tirer de cette connaissance clinique des indications thérapeutiques. Elles sont avant tout

indications idéales et constituent même une partie du programme de travail d'un psychiatre à plein temps au sanatorium.

En ce qui concerne les deux premiers groupes les indications sont simples ; dans la mesure où elles ont pu être réalisées, la guérison a suivi. Les malades de ces deux groupes, arriérés affectifs avec ou sans fixation, sont l'indication d'une psychothérapie fréquente, qui donne de bons résultats ; certes, un traitement dit de désintoxication devra être fait, mais, semble-t-il, uniquement par sécurité. Il n'est pas besoin d'isoler ces malades et de les réunir dans un service spécial, car ils ne peuvent entre eux être d'aucune aide, et il paraît même qu'une telle réunion soit plutôt néfaste.

En ce qui concerne le groupe de ce que nous avons appelé les alcooliques hypersociés, l'expérience a montré que la psychothérapie individuelle est de peu d'effet, et il nous semble — mais seule l'expérience peut apporter une réponse sûre — que deux solutions peuvent être envisagées : d'une part, l'isolement et le groupement dans un service spécial comprenant un personnel spécialisé et un médecin affecté au service, et, dans ce service seulement, à la faveur de ce groupement, un vrai traitement de désintoxication et de dégoût sera entrepris, terminé par la prise d'espéral, qui, jusque-là, n'a été administré que de manière sporadique ; d'autre part, la réunion de ces alcooliques pour des séances de psychothérapie de groupe, séances dont la fréquence devrait être de deux par semaine. L'indication idéale serait certes la combinaison des deux thérapeutiques, la seconde suivant la première.

Ainsi, contrairement à l'opinion commune, tous les alcooliques ne relèvent pas d'un tel service de désintoxication.

De plus, il est intéressant d'ajouter que l'institution d'un tel service en milieu sanatorial ne serait pas une simple manœuvre utilitaire à visée phtisiologique, car les malades qui en bénéficient guérissent malgré leurs excès éthyliques ; il s'agit là bien plus que d'un dépassement de l'action sanatoriale, ces tuberculeux alcooliques hypersociés sortant guéris de la maladie tuberculeuse, et de plus désintoxiqués et dégoûtés de l'alcool.

Il ne s'agit là que de vue idéales, mais il reste néanmoins certain que le sanatorium, du fait du nombre croissant d'alcooliques qu'il reçoit, est appelé à devenir un de ces premiers centres de désintoxication prévus par la loi, et qui n'ont pu encore être réalisés.

Prenant de cette manière le tournant dangereux de la fin de la tuberculose pulmonaire, l'institution sanatoriale peut trouver

là un devenir utile, pour lequel il sera largement équipé lorsque le moment sera venu. Dans la mesure où un tel état des faits sera entendu, l'attitude sanatoriale à l'égard des alcooliques se doit de changer complètement son orientation ; loin d'en faire des renvoyés disciplinaires, elle doit être à leur égard thérapeutique, mais dépassant le plus possible sa fonction phtisiologique.

On peut reprocher à cette étude d'être particulière et de n'examiner qu'une face du problème général de l'alcoolisme ; elle présente néanmoins les avantages de toutes les études particulières : à savoir, des indications thérapeutiques précises, et même des perspectives d'avenir, apportant au problème insoluble des établissements spécialisés dans le traitement des alcooliques une solution d'utilisation, dans un avenir peut-être proche, d'établissements déjà existants, dont le recrutement bien spécial (de plus en plus majorité d'alcooliques) va rendre nécessaires une éducation et un équipement facilement adaptables aux nécessités de l'avenir.

(*Travail du Sanatorium médico-chirurgical de Villiers-sur-Marne*
Médecin-Directeur : Dr A. Bocquet)

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE QUARANTE CAS DE DELIRES CHRONIQUES

PAR

J. PUECH, A. ZARRINDJAM et Ch. ROBIN

Autant par son expression clinique que par son mécanisme, le délire chronique reste pour le psychiatre une énigme déconcertante. L'observateur le plus averti, le moins sensible, ne peut manquer de se trouver un jour étonné (au sens étymologique de ce mot) devant les révélations ou les réactions de tels ou tels de ses délirants. Le mode de pensée de ses malades, où se juxtaposent sans se contredire l'insolite et le banal, contribue, autant que la perte de la critique de l'imaginaire, à créer l'impression de perplexité.

L'effet de surprise une fois dépassé, si l'on tente, sur un plan pathogénique, de trouver des explications au phénomène du délire, on se heurte à des difficultés quasi-insurmontables. Alors qu'une pathogénie peut être entrevue (plus ou moins facilement) pour les névroses, pour les psychoses dissociatives, pour les dysthymies, le délire chronique est, de toutes les psychoses non lésionnelles, celle qui est le plus difficilement, sinon explicable, du moins compréhensible.

Les conceptions organo-méganicistes ne reposent que sur de pures hypothèses. Les explications psycho-génétiques permettent (dans certains cas privilégiés) de saisir une signification du contenu délirant, mais sont parfaitement insuffisantes à en expliquer le mécanisme. Quant aux interprétations phénoménologiques, quand elles peuvent être ramenées à des termes clairs, elles n'ont bien souvent la valeur que de simples transpositions verbales.

*
**

Il nous a donc paru intéressant de revenir sur le problème des délires chroniques et de rechercher si de nouvelles appro-

ches pathogéniques pouvaient être fournies à partir de bases séméiologiques et thérapeutiques.

Outre l'intérêt lié à un tel sujet, l'idée de ce travail nous est venue de certaines observations tirées de notre pratique journalière. D'abord, d'une constatation de fréquence. Nous avons remarqué que le nombre des délirants chroniques paraissait fort peu élevé par rapport au nombre de nos admissions. Ensuite, il nous est apparu que l'aspect séméiologique de ces malades ne ressemblait pas toujours à celui que nous avions retenu des descriptions classiques, ou plutôt que certains signes étaient excessivement mis en valeur aux dépens d'autres, d'importance égale ou supérieure. Enfin, l'aspect évolutif du délire chronique nous a paru modifié par rapport aux conceptions traditionnelles, le plus grand nombre de nos malades « délirants chroniques » faisant un séjour de durée relativement courte à l'hôpital psychiatrique.

Les buts de ce travail ont donc été, d'abord de rechercher la fréquence du délire chronique par rapport aux autres psychoses dans un groupe de malade donné ; de préciser l'aspect séméiologique et évolutif du délire chronique, cette recherche devant permettre de légitimer la conservation pour le délire chronique d'un cadre nosographique autonome ; d'apprécier l'effet thérapeutique, aussi bien chez des malades ayant fait un long séjour à l'hôpital psychiatrique que chez ceux dont l'admission est récente.

*
**

Sans chercher à donner une définition du délire chronique (D.C.), il nous est toutefois indispensable de définir les critères de sélection et d'élimination qui nous ont permis de réunir le matériel de ce travail. Par démence chronique, nous entendons une psychose de longue durée, avec modifications profondes de la personnalité, dont le psychisme s'oriente sur un mode plus ou moins cohérent vers une activité créatrice, sur des thèmes irrationnels, illogiques ou faux. Cette psychose peut évoluer d'un seul tenant, ou par bouffées évolutives ; dans ce dernier cas, il persiste pendant les périodes intercalaires des éléments délirants fixes. Enfin, le délire chronique ne s'accompagne pas de démence ; cependant, il peut exister, à la fin de l'évolution, un aspect stéréotypé de l'activité psychique et du comportement.

Sur ces critères, nous avons donc éliminé de ce travail *toutes les psychoses aiguës* (bouffées délirantes, états délirants transitoires), les *délires schizophréniques* qui accompagnent les psy-

choses dissociatives avec troubles du cours de la pensée et réduction de l'activité, les délires accompagnateurs *d'un état démentiel sénile.*

Sur le plan pratique, nous avons procédé de la manière suivante : après avoir recensé tous les cas correspondant aux critères que nous venons d'indiquer, nous avons interrogé et examiné tous les malades sélectionnés. Notre examen a toujours été conduit avec le concours du personnel vivant en permanence au contact de ces malades. Les observations antérieures concernant les malades (certaines remontaient à plus de trente ans) ont été attentivement relevées.

Les renseignements tirés de l'examen et de l'enquête ont été notés sur des fiches individuelles, rassemblant les données biographiques, évolutives, et celles de l'examen clinique.

L'analyse de ces renseignements constitue la première partie de ce travail et doit servir de base à la discussion des problèmes évoqués plus haut.

ANALYSE

I. — Etude générale du matériel.

Cette étude a été réalisée dans un service de femmes. Bien qu'aucune différence importante n'ait été notée jusqu'ici entre les formes masculines et féminines du délire chronique, on pourrait estimer que cette sélection entraîne une certaine restriction dans la valeur de nos résultats. Nous pensons qu'elle a plutôt l'avantage de limiter cette étude à un groupe plus homogène.

La population moyenne de notre service s'établit aux environs de 320 malades. Notons que cet effectif est relativement stable, avec des variations habituelles de plus ou moins 10 malades, et des variations plus importantes, qui ont atteint en haut 340 malades et en bas 305 malades. Sur ce chiffre de population moyenne, fixé à 320 malades, le nombre de cas de délire chronique s'élève à 40 malades. Ce sont ces 40 malades qui ont servi de matériel à notre étude. Le rapport de fréquence des cas de démence précoce par rapport à l'effectif total est donc de un huitième, soit 12,5 %. Bien entendu, la valeur de ce chiffre doit être critiquée. S'il indique la proportion des cas de délire chronique par rapport à la population actuelle d'un service de 320 malades, il ne saurait signifier un pourcentage du délire chronique par rapport à l'ensemble des malades psychotiques. En

premier lieu, il ne concerne que les malades hospitalisées, ce qui restreint déjà notablement sa signification. Ensuite, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, le groupe des 40 malades sélectionnés représente, sur le plan de la durée d'évolution des troubles, un ensemble hétérogène. La plupart des cas ont une durée d'évolution supérieure à dix ans. Un petit nombre seulement évolue depuis un à cinq ans. Si l'on ne retient que les cas dont la maladie n'évolue que depuis trois ans seulement, on ne trouve qu'un groupe de 3 malades, c'est-à-dire moins du dixième du groupe total. Or, au cours des trois années, le nombre annuel moyen des entrées a été de 200 malades environ, soit un total de 600 malades pour les trois ans. Le chiffre de un demi pour cent serait donc plus près de la vérité pour exprimer la fréquence du délire chronique par rapport à l'ensemble des psychoses hospitalisées.

Retenons cependant, à titre indicatif, le chiffre de un huitième (12,5 %) pour exprimer la fréquence du délire chronique dans un groupe de malades mentaux actuellement hospitalisés.

II. — Analyse des observations. Etude du syndrome délirant.

1° *Durée d'évolution*

C'est une donnée de très grande importance dans l'étude du délire chronique. Nous avons recherché, dans nos quarante cas, la date du début de l'évolution des troubles. Cette recherche s'est avérée difficile dans de nombreux cas. La date de l'internement (du premier internement, si la malade a été internée à plusieurs reprises) ne constitue qu'un critère approximatif. Il peut être considéré comme suffisant dans les cas où la durée d'évolution est très ancienne. Dans les cas où l'internement est récent, il faut s'attacher à retrouver le début réel des troubles.

Nous avons été ainsi amenés à exclure de cette analyse deux cas pour lesquels, malgré la proximité de l'internement, la date du début réel des troubles n'avait pu être précisée. Le premier cas (obs. 8) concerne une malade hospitalisée depuis un an, à la suite de réactions délirantes de défense très intenses. La malade vivait seule, l'enquête n'a pas permis de retrouver la date du début des troubles. L'impression clinique est qu'il s'agit d'une évolution déjà ancienne. Le second cas (obs. 38) est une psychose hallucinatoire d'évolution très ancienne, dont le début n'a pas pu être précisé. Ces réserves faites, nous avons classé nos 38 malades d'après la durée d'évolution de leur psychose.

TABLEAU 1

Age des malades et durée d'évolution

0 A 5 ANS			5 A 10 ANS			10 A 15 ANS			15 A 20 ANS			20 A 25 ANS			AU-DESSUS DE 25 ANS		
Nom	Age	Durée évol.	Nom	Age	Durée évol.	Nom	Age	Durée évol.	Nom	Age	Durée évol.	Nom	Age	Durée évol.	Nom	Age	Durée évol.
L. T.	77	1,6	S. L..	78	7	P. M.	60	11	D. E.	66	17	D. M.	79	22	B. M...	63	26
B. A.	52	2	S. N..	70	8	B. M.	87	12	F. ML	65	17	C. D.	58	23	P. L...	82	27
M. H.	52	3	H. A.	72	8	D. R.	52	12	C. M	65	19	C. G.	59	25	K. S...	54	28
D. I..	79	4	H. B.	45	9	P. E.	50	12	V. M.	68	19	D. I..	64	25	L. L...	54	30
B. R.	63	4	L. L.	63	9	B. ML	52	12	C. J..	56	20	J. M.	73	25	D. M...	59	31
B M.	51	5				D. B.	47	13	L. B.	43	20				N. A...	71	34
I. N..	66	5				T. P.	54	13	V. H.	75	20						
						C. A.	65	14									
Total 7			5			8			7			5			6		
12						15						11					

Les cas ont été rassemblés dans le tableau n° 1, qui groupe six catégories par fractions de cinq ans, de zéro à vingt-cinq ans, et au-dessus de vingt-cinq ans. On voit, d'après ce tableau, que la majorité de nos cas peut être rangée dans les évolutions longues (dix à vingt ans : 15 cas) et très longues (au-dessus de vingt ans : 11 cas). Au total, l'affection, chez 26 malades, a une durée d'évolution supérieure à dix ans.

2° *Etude des éléments séméiologiques du délire*

Avant d'étudier la personnalité de nos délirants dans ses aspects séméiologiques et somatiques, nous tenterons de dégager de nos observations les caractéristiques séméiologiques du délire. Nous envisagerons successivement les thèmes, les mécanismes et les structures délirants. Il est bien évident que ces termes n'impliquent ici aucune signification pathogénique. Ils sont utilisés dans le but de faire un inventaire descriptif du délire ; ce dernier n'étant lui-même qu'un symptôme qui accompagne d'autres perturbations psychiques réalise le syndrome délirant. Pris dans son sens strict, le mot « délire » ne concerne que la création intellectuelle du syndrome délirant dont nous allons, à travers nos observations, étudier le contenu.

1° *Les thèmes*

a) *Le thème persécutif.* — Le thème persécutif est sans nul doute le plus fréquemment rencontré. Il est noté dans 35 de nos 40 observations. Bien entendu, il n'occupe pas, dans chacun de ces 35 cas, la seule place du tableau clinique. Dans la plupart des cas on le trouve associé à d'autres thèmes délirants. Relevons que dans certaines observations les idées de persécutions sont notées très actives au début de l'évolution et retrouvées beaucoup plus atténuées ou même quelquefois disparues après plusieurs années. Notre groupe comprend plusieurs observations de ce type, parmi les cas de longue évolution. Dans quelques cas plus rares, qui correspondent à certaines descriptions classiques (Délire de persécution de J. Falret, Délire chronique de Magnan) les idées de persécution notées au début sont remplacées par des idées de grandeur (cas 25, 31, 37).

Nous n'insisterons pas beaucoup sur l'analyse du contenu persécutif, mais nous tenons cependant à faire quelques remarques. Les cas où les malades se croient victimes d'un persécuteur unique, ou de persécuteurs peu nombreux, constituent un groupe peu important (sept cas) ; les cas où existent des persécuteurs multiples sont les plus nombreux. Notons que dans onze cas, par réticence, ou par impossibilité réelle, on ne peut obtenir la désignation du ou des persécuteurs.

Le thème persécutif est, dans ce groupe de 35 malades, au premier plan des productions délirantes. Cependant, dans 26 observations, nous le trouvons associé à d'autres thèmes : thèmes mégalo-maniaques (7 cas), thèmes d'influence (5 cas), thèmes de préjudice (6 cas), thèmes de transformation interne et externe, de zoopathie interne (5 cas), thèmes mélancoliques (6 cas), thèmes mystiques (2 cas), thèmes érotiques, de jalousie, de filiation (chacun un cas). En ce qui concerne les thèmes mélancoliques, il convient de remarquer que dans presque tous les cas leur existence a été notée au début de l'évolution dans le cadre de perturbations importantes de l'humeur, avec anxiété, parfois tentative de suicide. Après régression des désordres thymiques, les idées mélancoliques disparaissent le plus souvent et laissent apparaître les thèmes persécutifs inapparents ou peu manifestés jusque-là.

b) *Autres thèmes délirants.* — Nous avons isolé dans ce groupe peu nombreux les cas où le délire s'exprime dès le début de l'évolution sur des thèmes différents du thème persécutif.

Le thème mystique à l'état pur est trouvé dans une obser-

vation (cas 17) ; il est associé dans une autre à des thèmes de grandeur (cas 1). Chez une autre malade, nous observons uniquement des *idées d'influence* (cas 6), exprimées sur un mode indifférent. Il est fort probable que cette malade ait présenté des idées de persécution au début de l'évolution déjà ancienne, mais les renseignements que nous avons sur cette période sont très succincts, et ne nous permettent pas de l'affirmer. Le thème *éroto-maniaque* typique est rencontré chez une malade (cas 32) qui présente également des idées de persécution, l'importance de ces dernières dans l'ensemble de la production délirante étant très accessoire.

c) *Rapport des thèmes délirants avec la réalité.* — Nous avons essayé d'apprécier dans nos observations, à travers les contenus exprimés, le degré de l'éloignement ou de la perte du sens de la réalité. En tenant compte de la situation historique, sociale et culturelle propre à chaque malade, nous avons distingué deux types de production délirante : production banale et production fantastique. Cette distinction s'est avérée dans plusieurs cas difficile et appelle quelques commentaires. Sous le nom de contenu banal, nous entendons celui qui se situe avec suffisamment de vraisemblance dans l'ambiance du malade définie par sa culture, ses croyances, sa situation sociale. Les thèmes les plus souvent rencontrés sont : démêlés avec les voisins, le conjoint ; thèmes empruntés à l'actualité ; persécutions par des groupes ou personnages à forte charge symbolique (gendarmes, diables, communistes).

Le contenu fantastique implique une rupture plus profonde avec la réalité ; beaucoup plus variable et polymorphe, il échappe à toute systématisation ; les thèmes persécutifs y sont moins fréquemment représentés ; nous ne pouvons mieux le définir que par quelques exemples : « Telle malade emprunte tous les soirs la voie n° 60, qui relie par souterrain l'hôpital à Saint-Quentin... Telle autre communique avec ses enfants, qui passent dans des avions au-dessus des bâtiments du service... Une autre est la fille de La Rochefoucault... Une autre a eu 85 enfants avec son mari depuis qu'elle est à l'hôpital... »

Nous avons classé d'après ces critères les malades de notre groupe et nous avons noté dans 25 cas un contenu banal, et dans 13 cas un contenu fantastique. L'appréciation est impossible dans deux cas. Ainsi, les formes banales sont presque deux fois plus nombreuses que les formes fantastiques. Notons que tous les délires à thèmes de tranformation, de filiation, ont été rangés parmi ce groupe.

2° *Mécanisme*

Encore une fois, nous tenons à préciser que ce terme de « mécanisme » ne comporte aucune valeur pathogénique. Nous croyons cependant légitime et utile de le conserver, en indiquant que les manifestations psychopathologiques qu'il désigne ne sont pas à distinguer, sinon pour un inventaire descriptif du délire lui-même.

Point n'est besoin d'insister sur la fréquente difficulté diagnostique entre les divers mécanismes. Les modalités de la production délirante sont loin d'être toujours clairement exprimées par les malades. La réticence peut constituer un obstacle difficile. A ce sujet, nous avons souvent noté que la réticence était particulièrement vive dans le cas de délires hallucinatoires.

L'*hallucination* est le mécanisme psychopathologique le plus fréquent. Elle est notée dans 32 cas des observations de notre groupe ; parmi ces 32 cas, elle existe dans 24 cas à l'examen actuel, alors que dans les huit cas restants, elle a été signalée à un moment de l'évolution, mais non retrouvée actuellement. Dans 12 cas, les hallucinations sont notées seules, à l'exclusion de tout autre mécanisme.

Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes (28 cas) ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les hallucinations cénesthésiques (9 cas), les hallucinations visuelles (5 cas), les hallucinations olfactives (3 cas).

Les syndromes hallucinatoires polysensoriels sont relevés dans 13 cas.

Les interprétations délirantes sont dans notre groupe beaucoup plus rares ; nous les retrouverons dans 15 observations. Dans deux cas seulement, qui concernent des délires de longue évolution, elles existent isolément. Dans les autres cas, elles sont associées aux troubles hallucinatoires (12 cas), ou imaginatifs (un cas).

Le mécanisme imaginatif est noté dans 13 cas au total. Dans un cas (délire imaginatif de filiation), le mécanisme est noté seul. Il est associé dans dix cas au mécanisme hallucinatoire, dans deux cas au mécanisme interprétatif.

3° *Etude de la structure du délire*

C'est un des problèmes les plus importants et aussi les plus complexes que pose l'analyse du délire. Cette complexité tient en partie à certaines imprécisions de terminologie. Le terme de

« cohérence » prête ce sujet particulièrement à confusion. On l'applique tantôt à la forme verbale, à l'expression, tantôt à l'activité intellectuelle ou pragmatique, tantôt à la systématisation du contenu délirant, c'est-à-dire à l'organisation du scénario. C'est ce dernier sens que nous conservons pour l'étude de nos cas ; le critère de cohérence est retenu si le délire apparaît organisé avec une cohésion et une fixité suffisantes, même si les thèmes délirants expriment l'invraisemblance et le fantastique. Il est bien certain que le roman délirant ne montre qu'exceptionnellement une trame rigoureuse. C'est pourquoi il ne faut pas envisager cette définition dans des conditions trop strictes. Pour nous, le délire est cohérent ou systématique s'il est compréhensible et « racontable » dans sa majeure partie. Nous avons classé nos observations d'après ces critères. Nous trouvons ainsi que les délires à structure cohérente sont beaucoup plus nombreux (26 cas) que ceux à structure incohérente (10 cas) ; dans quatre cas l'appréciation s'est avérée impossible.

III. — Etude de la personnalité du délirant.

A) *Etat thymique*

Les troubles de l'humeur ont été notés avec une grande fréquence chez nos malades. L'hypersthénie existe dans 26 cas. Elle affecte dans ces cas à la fois l'expression du délire et le comportement général des malades. Une attitude indifférente s'observe dans 11 cas ; elle n'est pas en relation constante avec le degré de l'atteinte intellectuelle, que nous étudierons plus loin. Les réactions euphoriques sont présentes dans sept observations, alors que l'anxiété n'est notée que cinq fois.

B) *Etat caractériel*

Nous aurions souhaité retrouver dans nos observations des indications portant sur les dispositions caractérielles prépsychotiques, et suivre l'évolution de l'état caractériel au cours de l'évolution de la psychose. Malheureusement, la majorité de nos malades sont internées depuis déjà longtemps, les renseignements manquent et il nous est impossible de les compléter. Notre bilan a donc porté sur l'état actuel de nos malades. La réticence est notée dans onze cas sous des formes différentes. Une attitude revendicatrice a été relevée dans dix cas ; les réactions agressives ou de défense sont notées dans treize cas au début de l'évolution et dans neuf cas à l'examen actuel.

C) *Etat intellectuel et activité pragmatique*

Nous nous sommes particulièrement attachés à apprécier l'état intellectuel de nos malades ; nos investigations dans ce domaine ont été conduites exclusivement par la méthode clinique.

Nous avons relevé dans vingt-neuf cas, c'est-à-dire dans la majorité de nos cas (72 %), une intégrité à peu près complète des facultés intellectuelles élémentaires. Bien entendu, cette constatation concernant l' « intégrité intellectuelle » ne préjuge en rien de l'atteinte de la personnalité, plus ou moins marquée suivant les malades, dont le rétrécissement et l'uniformisation de l'activité psychique, les troubles du jugement, l'inconscience de la maladie, sont les manifestations habituelles. Un affaiblissement démentiel indiscutable est retrouvé dans quatre cas ; il prend dans tous les cas l'aspect d'une démence avec signes de dissociation (incohérence, réponses à côté, néologismes). Dans ces cas, les renseignements du début montraient qu'il ne s'agissait pas de psychoses primitivement démentielles. Dans sept autres cas, l'affaiblissement intellectuel est moins marqué, mais on note également dans ces cas des signes dissociatifs.

Les observations concernant l'activité pragmatique concordent presque totalement avec les précédentes. Nous avons relevé dans vingt-sept cas une activité pragmatique sensiblement normale (compte tenu du caractère relatif de ces termes dans les conditions hospitalières) ; dans cinq cas une activité réduite et dans huit cas une activité nulle.

IV. — Etude de l'état physiologique et somatique.

a) Nous avons indiqué dans le tableau 1 l'âge de nos malades. En classant ces âges par catégorie, nous relevons : quatre cas entre 40 et 50 ans, treize cas entre 50 et 60 ans, douze cas de 60 à 70 ans, neuf cas de 70 à 80 ans, et deux cas au-dessus de 80 ans.

Si, à propos des trente-huit cas où la durée de l'évolution est connue, on fait un classement des âges du début de l'évolution on obtient les chiffres suivants :

Début de	20 à 30 ans	4 cas
	30 à 40 ans	9 cas
	40 à 50 ans	11 cas
	50 à 60 ans	7 cas
	60 à 70 ans	4 cas
	70 à 80 ans	3 cas

On voit que dans la majorité de nos observations le début des troubles se situe aux âges moyens de la vie entre 30 et 60 ans.

b) Nous n'avons pas fait de recherches particulières sur l'état somatique de nos malades. Un excellent état général a été noté dans la plupart des cas. Nous avons cependant relevé dans quatre cas une hypertension artérielle importante ; dans deux cas une surdité très accusée ; des antécédents infectieux dans deux cas (un cas de syphilis avec liquide céphalorachidien et examen neurologique normaux, et un cas où étaient notés des antécédents d'encéphalite léthargique) ; un cas de diabète ; un cas avec syndrome hyperthyroïdien. Enfin, une malade présentait une abolition complète des réflexes tendineux, sans autres signes cliniques ou biologiques.

Discussion.

A partir des données analytiques du chapitre précédent, nous pouvons regrouper les aspects séméiologiques et évolutifs du délire chronique que nous avons relevés chez nos malades.

Soulignons tout d'abord que cette affection est peu fréquente relativement à l'ensemble des psychoses ; le nombre de délirants chroniques, actuellement hospitalisés et entrés au cours des trois dernières années, ne représente que un demi pour cent des malades venus à l'hôpital pendant la même période.

Elle survient à l'âge moyen de la vie, avec un maximum de fréquence entre 30 et 50 ans. Sa durée d'évolution, parfois très longue (trente-quatre ans), explique pourquoi elle a été souvent et reste encore pour certains conçue comme un trouble irréversible.

Le délire chronique se développe le plus habituellement sur un fond d'hypersthénie, qui s'accompagne parfois d'une attitude revendicatrice durable et de réactions agressives.

Le trouble psychique le plus caractéristique est le délire, production idéo-affective, organisée sur un mode le plus souvent cohérent et ordonné (65 % des cas), mais parfois incohérent et fragmentaire. Le thème persécutif est un élément presque constant du contenu délirant (87 % des cas). Les autres thèmes délirants sont plus rares. Les thèmes sont le plus fréquemment en rapport avec l'ambiance socio-culturelle du sujet. Les processus psychopathologiques qui sous-tendent le délire sont presque toujours intriqués, mais on note, par ordre de fréquence : le processus hallucinatoire (observé dans 80 % des cas), interprétatif (37 %) et imaginatif (32 %). Dans deux cas (5 %), le

processus interprétatif est noté seul, alors que dans un cas seulement le processus imaginatif est noté isolément.

*
**

A côté de cette analyse, si l'on essaie de rassembler nos cas dans les cadres empruntés à la nosographie traditionnelle, on aboutit à la classification suivante :

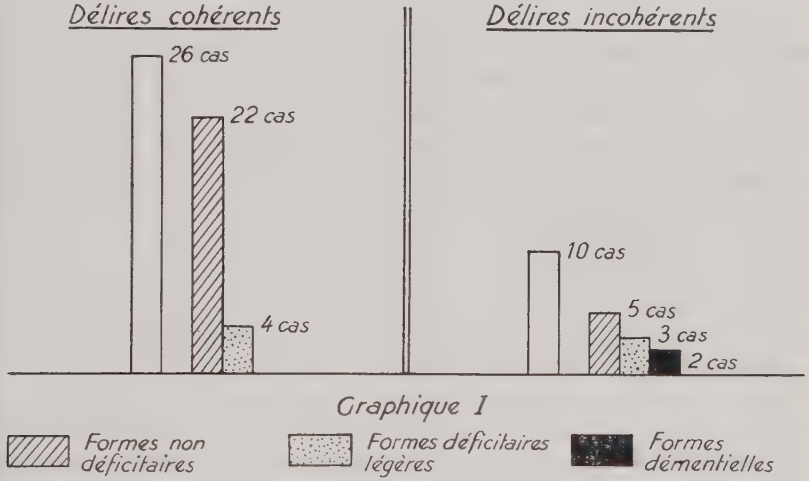
A) Délires chroniques hallucinatoires, ou psychoses hallucinatoires chroniques, ou paraphrénies de Kraepelin	35 cas
B) Délire de persécution mélancolique (type Séglas)	1 cas
C) Délires chroniques interprétatifs ..	3 cas
D) Délires chroniques d'imagination ..	1 cas

Ce classement montre de façon indiscutable que l'entité nosographique, qui est de loin la plus fréquente, correspond (87,5 % des cas) à celle du délire hallucinatoire chronique des classiques.

Nous voulons faire quelques commentaires à propos des observations qui entrent dans cette dernière catégorie du délire hallucinatoire chronique.

Une question nous retiendra, parmi celles qui se posent à propos de ces délires. Peut-on procéder dans ce groupe à un démembrement supplémentaire à partir des seules données séméiologiques ? En étudiant comparativement nos observations, nous avons recherché une relation entre les données tirées de l'analyse de la structure du délire et celles fournies par l'étude de l'état intellectuel des malades. L'examen du graphique 1 montre qu'il existe un rapport significatif entre la forme structurale du délire et les fonctions intellectuelles. En effet, chez 26 malades qui présentent une forme délirante cohérente, on trouve vingt-deux cas (84 %) de formes non déficitaires et quatre cas de déficit léger avec signes dissociatifs. Par contre, chez les dix malades dont le délire est incohérent, on ne trouve que cinq cas non déficitaires (50 %), trois cas de démences (30 %), et deux cas de déficit léger (20 %). L'opposition entre formes paranoïaques (cohérentes) non démentielles et formes paranoïdes (incohérentes) démentielles est donc en grande partie valable ; cependant, elle n'a pas une valeur absolue, puisque, parmi les formes paranoïdes, on rencontre dans la moitié des cas des évolutions non démentielles.

C'est pourquoi, plus légitime et plus fructueuse sur le plan pratique nous paraît la simple distinction entre les formes déficitaires et apragmatiques, et les formes non déficitaires, avec conservation de l'activité. Nous avons vu précédemment que les premières représentent environ 70 % de notre groupe. Ce sont certaines de ces formes qui ont été groupées par certains auteurs français sous l'étiquette de paraphrénies (Claude, Nodet, Ey) ; mais, dans l'esprit de ces auteurs, se rattache à l'idée de paraphrénie la notion de structure délirante à contenu fantastique. Or, dans les formes non déficitaires de nos observations, nous



Graphique I

n'avons pas relevé cet élément avec une importance ou une fréquence notables. Nous pensons donc qu'il est légitime d'isoler les formes non déficitaires du délire, mais il nous semble d'autre part que le terme de paraphrénie risque de prêter à confusion.

En définitive, nos observations correspondent bien à l'entité que les auteurs classiques entendaient sous le nom de psychose hallucinatoire chronique, dont la description se rapproche le plus des formes délirantes que nous avons rencontrées, et qui sont les aspects de loin les plus fréquents du délire chronique. Signalons toutefois dans nos observations la relative rareté du thème mégalo-maniaque ; indiquons également que la distinction de formes cliniques différentes à l'intérieur de la psychose hallucinatoire chronique nous paraît bien artificielle et ne correspond qu'à des aspects séméiologiques fragmentaires, sans signification particulière. Il nous paraît intéressant de rappeler enfin

que les classiques admettaient déjà une variabilité de terminaison de la psychose hallucinatoire chronique, en ce qui concerne l'état mental. Selon Gilbert-Ballet, Sérieux et Capgras, Rogues de Fursac, la terminaison la plus habituelle se fait vers un établissement intellectuel comparable à celui de la démence précoce. L'étude de nos observations nous a montré l'existence de ce mode de terminaison, mais nous ne l'avons relevée que dans un très petit nombre de cas.

L'existence de ces formes déficitaires vraies pose le problème des rapports de la psychose hallucinatoire chronique et de la schizophrénie. Certes, cette dernière évolue d'emblée avec des signes dissociatifs, et les psychoses hallucinatoires chroniques déficitaires ne se différencient pas au début de leur évolution des autres formes. Mais il faut bien reconnaître qu'en pratique le problème reste bien difficile à trancher, car la schizophrénie paranoïde peut évoluer au début avec un seul aspect délirant. En fait, il s'agit là de nuances séméiologiques bien fragiles, et la réalité se présente habituellement sous un aspect plus mouvant et variable. Il importe de retenir l'existence de formes déficitaires du délire chronique, sans que l'identité de ces formes avec la schizophrénie puisse être actuellement affirmée.

Au terme de cette discussion, il nous faut souligner l'extrême rareté des formes interprétatives pures du délire. Parmi les trois cas que nous avons étudiés dans ce groupe, le premier correspond à un délire d'interprétation (type Sérieux et Capgras), le deuxième à un délire de revendication ou de quérulence, le troisième à une psychose passionnelle éroto-maniaque. Dans les trois cas, il s'agit de formes typiques, évoluant sur un mode hypersthénique, sans atteinte intellectuelle, chez des malades dont l'adaptation au milieu hospitalier était fréquemment perturbée par de vives réactions agressives. Nous n'avons rien de particulier à signaler au sujet de ces malades, dont l'affection correspond à des formes classiques et bien connues. Remarquons cependant que ces malades nous paraissent admettre beaucoup moins facilement que celles du groupe précédent une intervention médicale ou une suggestion thérapeutique. Ce fait tendrait à montrer dans ces cas l'existence d'un trouble du jugement plus profond concernant la prise de conscience de leur propre maladie, qui coexiste assez paradoxalement avec un niveau intellectuel souvent élevé, et avec une logique et une vivacité en tous points remarquables.

En conclusion, nous pouvons résumer nos constatations de la façon suivante : dans le groupe des délires chroniques, deux

types fondamentaux peuvent être opposés, le premier, de beaucoup le plus fréquent, est celui qui correspond à la psychose hallucinatoire chronique des auteurs classiques ; il s'agit d'un délire hallucinatoire, à structure le plus souvent cohérente, avec atteinte intellectuelle minime et conservation de l'activité pragmatique même après une évolution très longue ; les formes déficitaires de ces délires sont peu nombreuses ; leur identité avec la psychose schizophrénique ne peut être exclue.

Le deuxième type de délires, numériquement très faible, comprend des formes interprétatives, hypersthéniques, non déficitaires.

Nous voulons, pour terminer, insister sur le fait, si l'on envisage le problème du délire dans un sens pronostique et thérapeutique, que ce ne sont pas les formes séméiologiques du délire qui constituent les éléments les plus importants. Les fonctions pragmatiques, la sociabilité, l'adaptation au réel, sont les faits primordiaux. En d'autres termes, l'appréciation de la gravité et de l'accessibilité doit être tirée avant tout autre chose de l'étude de l'attitude du malade devant sa propre maladie et devant l'extérieur. Il est, à ce sujet, assez paradoxal de noter que certaines malades, présentant un délire incohérent, irréel et fantastique, se comportent, vis-à-vis de leur situation et des interventions extérieures, de façon plus constructive que d'autres malades, dont les fonctions supérieures de critique paraissent à bien des égards moins touchées.

Résultats thérapeutiques.

Parmi les 40 cas de notre groupe d'étude, un certain nombre de malades ont été soumises à un traitement médicamenteux. Dans la grande majorité des cas, nous avons utilisé la chlorpromazine seule à la dose de 150 à 200 mg. par jour. Dans quelques cas, les malades ont reçu du méprobamate. Enfin, dans quelques autres cas, il fut administré de la lévopromazine, associée ou non au méprobamate. Nous ne voulons pas détailler ici l'effet particulier de tel ou tel des neuroleptiques qui ont été employés, mais donner nos résultats d'ensemble sur l'effet du traitement médicamenteux chez nos délirants chroniques. Parmi les 40 cas, nous relevons que 27 cas ont suivi un traitement convenable ; 26 de ces cas ont été améliorés d'une façon appréciable ; un seul cas n'a pas été modifié.

Parmi les 13 malades qui ont eu un traitement défectueux (ceci étant dû au fait, soit que le traitement était refusé systé-

matiquement (7 cas), soit que le traitement était négligé et non jugé indispensable, soit qu'il ait été interrompu en raison d'intolérance), on relève : deux améliorations spontanées, onze cas d'évolution non modifiée, dont plusieurs cas d'évolution démentielle. Ces résultats montrent que le nombre d'améliorations pour les cas traités est considérable.

1° *Facteurs de curabilité*

Dans l'étude de l'effet thérapeutique, nous avons relevé un certain nombre de facteurs qui conditionnent le pronostic du traitement.

1) Le terrain individuel nous semble primordial. L'existence d'un fond caractériel paranoïaque est un indice de mauvaise réactivité au traitement, ainsi que l'existence de signes dissociatifs ou d'une détérioration importante.

2) La reprise du contact avec la réalité réalisée par l'invigoration socio-ergothérapique favorise la cure. Mais il faut souligner que le traitement rend possible une mise en activité chez les malades qui avaient refusé jusque-là toute occupation.

3) La dose des neuroleptiques doit être suffisante et l'application du traitement doit être assez prolongée pour obtenir des résultats satisfaisants.

2° *Mode d'action des neuroleptiques*

Suivant les cas, l'effet favorable du traitement était obtenu, soit par une modification de l'humeur et du comportement, soit par une amélioration de la sociabilité et un effet ataraxique, soit enfin par une action lytique directe sur le processus délirant.

1) *Modification de l'humeur et du comportement.* — Les neuroleptiques atténuent en premier lieu les perturbations thymiques. Ce fait a été relevé de façon très sensible dans de nombreux cas.

Observation 1. — Malade présentant depuis cinq ans un syndrome délirant sur un fond d'excitation maniaque. Au bout d'un an de traitement, amélioration très notable de l'état mental ; disparition de l'agressivité et de l'excitation ; régression des troubles du caractère ; meilleur contact, avec reprise d'une activité normale dans le service.

Observation 19. — Psychose interprétative d'évolution très ancienne ; fond d'hyperémotivité. Cette malade présentait depuis long-

lemps une hypersthénie qui empêchait toute adaptation, même dans les conditions hospitalières. Sous l'effet de la cure neuroleptique, les manifestations hyperthymiques s'affaiblissent, l'humeur devient plus stable et par là le contact s'améliore. Toutefois, on note que dès que la malade arrête la prise de ses médicaments une recrudescence des troubles thymiques se manifeste. Malgré le traitement, la conviction délirante persiste, sans changement notable.

Observation 14. — Psychose quérulente, évoluant depuis sept ans ; mécanisme interprétatif ; fond hypersthénique. La malade a refusé tout traitement neuroleptique. On ne constate aucune modification de l'état mental. L'activité délirante s'enrichit progressivement.

Ainsi, l'atténuation des troubles thymiques permet le freinage de l'investissement affectif du délire, et favorise la communication interpersonnelle.

2) *Amélioration de la sociabilité.* — L'affaiblissement du tonus hyperaffectif, l'amélioration du contact, déterminent chez la malade une transformation profonde des rapports avec l'extérieur, vécue comme une facilitation ; c'est à ce moment que la thérapeutique occupationnelle, en modifiant le rapport du subjectif à l'objectif, réalise un adjuvant thérapeutique de première importance. Plusieurs observations témoignent de cette reprise de l'activité, rendue possible grâce au traitement neuroleptique.

Observation 4. — Psychose hallucinatoire à contenu fantastique ; système délirant extensif et luxuriant, avec mécanismes hallucinatoire et imaginatif. Sous l'influence des neuroleptiques, la malade devient apte à une activité normale et utile dans le service, bien que l'état délirant ne soit pas modifié.

Observation 18. — Psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis dix ans ; activité hallucinatoire riche et continue. Malgré la thérapeutique neuroleptique, il n'y a aucune amélioration de l'état délirant. Cependant cette malade a repris des occupations dans le service et son activité est très satisfaisante.

3) *Effet ataraxique.* — Beaucoup des cas traités présentent un état particulier de stabilité psychique qui diffère bien de l'indifférence. Il se manifeste par un état de moins grande réactivité vis-à-vis des facteurs exogènes, qui agissaient comme éléments perturbateurs et aggravants. De telles malades sont devenues peu perturbables.

Observation 6. — Psychose hallucinatoire chronique à structure systématique, évoluant depuis quatorze ans. Modification importante du comportement depuis la prise régulière de neuroleptiques. Certes, la malade présente encore un syndrome d'influence, mais elle poursuit une activité adaptée. Sa réadaptation se trouve facilitée par le fait qu'elle réagit peu aux excitations extérieures ; son comportement est calme et placide.

Observation 24. — Psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis vingt-trois ans, avec hypocondrie et autisme. Sous l'effet du traitement, l'élément délirant persiste encore, mais il est devenu de tonalité neutre ; les manifestations hallucinatoires n'entraînent pas de réactions appréciables de la malade.

4) *Action sur le processus délirant.* — Dans un nombre important de cas, on assiste à la disparition des troubles délirants, en particulier à la régression des éléments hallucinatoires ; dans d'autres cas, l'activité délirante est considérablement réduite et prend une expression neutre.

Observation 29. — Psychose hallucinatoire chronique, en évolution depuis dix ans. Absence de détérioration intellectuelle. Cure de chlorpromazine depuis trois ans ; régression du syndrome délirant persécutif ; amélioration notable du comportement.

Observation 32. — Psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis douze ans sans détérioration. A l'issue d'un traitement appliqué depuis deux ans, disparition de l'agressivité et de l'apragmatisme. Remarquable régression du syndrome hallucinatoire. Comportement calme.

Observation 17. — Délire hallucinatoire chronique à thème mystique ; évolution par bouffées depuis plus de trente ans. Traitement neuroleptique bien suivi depuis trois ans ; normalisation du comportement et de l'activité ; régression de l'état délirant.

Observation 3. — Psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis douze ans. Sous l'effet du traitement l'activité délirante a persisté, mais son contenu est devenu tout à fait neutre.

Ainsi, on assiste, avec la consolidation de l'effet thérapeutique, soit, dans les cas les plus rares, à une régression des manifestations délirantes, soit à la persistance atténuée de ces manifestations délirantes, dont l'étendue se limite et dont l'expression revient plus neutre. Le traitement neuroleptique sem-

ble à cet égard particulièrement efficace sur les manifestations psychosensorielles. D'autre part, il semble interrompre ou réduire notablement les épisodes évolutifs.

Bien entendu, les observations qui constituent ce groupe d'étude de 40 malades ne représentent pas les meilleurs cas pour témoigner de l'action curatrice du traitement sur le processus délirant lui-même ; les cas les plus démonstratifs à cet égard seraient fournis par les malades totalement guéries, et sorties de l'hôpital, qui n'ont pas été retenues dans ce groupe. Nous ne pouvons passer sous silence à ce sujet une observation qui illustre avec une particulière netteté l'effet du traitement sur l'activité délirante.

Mme P..., âgée de 50 ans, entre dans le Service le 10 juillet 1958, présentant un état délirant hallucinatoire. Cette malade avait déjà éte traitée avec succès en juin 1956. A son entrée actuelle, elle extériorisait un syndrome délirant très actif, sur des thèmes très riches de persécution et d'influence. Ce délire évoluait depuis plusieurs mois, comme en témoigne une lettre que la malade nous avait adressée en février 1958, où elle déclarait notamment : « Docteur, je vous signale que depuis mon arrivée à B... je n'ai cessé d'être poursuivie... Je suis victime, et je m'en rends parfaitement compte en toute lucidité, d'attaques de la part de mes collègues... On n'a cessé de me faire assister de force à des représentations obscènes... Je suis poursuivie par des voix qui ne sont pas imaginaires..., même mon poste de T.S.F. a été utilisé... Les conversations infectes, les accusations que l'on imprime dans ma pensée, et qui sont propagées comme des calomnies répandues par moi, sont des moyens que j'ai parfaitement dépistés... » Cette malade a été traitée dès son arrivée à l'hôpital. Pendant les dix premiers jours, elle demeure délirante, hypersthénique, dormant mal la nuit. Mais à partir du onzième jour une amélioration se dessine ; la malade devient plus calme ; les hallucinations ne sont plus rapportées spontanément, l'effet thérapeutique se précise rapidement, et le certificat de quinzaine indique : « Nette réduction des manifestations délirantes..., persistance d'une activité hallucinatoire très atténuée (voix neutres, indistinctes, perçues de façon intermittente). » L'observation ultérieure a confirmé cette amélioration et au bout d'un mois de traitement la malade reconnaissait le caractère délirant de ses convictions antérieures ; son comportement s'était radicalement transformé. Le 19 septembre, elle pouvait bénéficier d'une permission, et le certificat de sortie mentionnait : « ...Régression rapide et quasi-complète du délire sous l'influence du traitement par la chlorpromazine. Comportement calme, adapté et actif. »

Cette permission de quinze jours fut prolongée, la malade continuant à prendre son traitement chez elle, et un mois plus tard on put

autoriser la sortie définitive. L'observation de cette malade témoigne de la régression extrêmement rapide et complète dans ce cas du trouble délirant sous l'effet du traitement neuroleptique.

Le sort de cette malade a été bien différent de celui d'autres malades, internées longtemps auparavant, antérieurement à l'introduction des nouveaux traitements. Elle présentait pourtant la même maladie, le même système délirant actif, systématique, qui, en d'autres temps, aurait fait conclure à l'incurabilité. De tels faits nous semblent avoir une portée considérable, car, en dépit de leur rareté, ils permettent d'affirmer le caractère réversible de certaines psychoses « chroniques ». S'il n'est pas possible de préciser actuellement davantage les facteurs ou les indices de curabilité, ils permettent d'envisager dans une tout autre perspective l'évolution de ces affections mentales.

5) *Conclusions thérapeutiques.* — De l'ensemble des résultats observés chez nos malades internées, ainsi que chez d'autres malades actuellement sorties, on peut conclure que les délires chroniques, particulièrement dans leur forme de psychose hallucinatoire chronique, ne peuvent plus actuellement être considérés comme incurables.

1) Des malades internées depuis de longues années (moyenne de dix-sept ans dans notre groupe) peuvent être améliorées par le traitement. Leur comportement se modifie profondément, on peut même assister dans certains cas à la disparition ou à l'atténuation de certains éléments du syndrome délirant, en particulier des manifestations psychosensorielles. Cependant, chez ces malades, qui ont traversé de longues périodes de leur existence, loin de toute attache sociale, il est nécessaire de réaliser, parallèlement au traitement, un effort actif de réadaptation.

2) Certaines psychoses hallucinatoires chroniques, d'apparition relativement récente, bénéficient de façon éminemment favorable du traitement neuroleptique. Le système délirant est critiqué au bout de quelques semaines ou de quelques mois de traitement, et ces malades, dont le séjour à l'hôpital aura été ainsi écourté, auront davantage de possibilités de retrouver leur insertion sociale normale. L'action conjuguée du traitement et des directives de resocialisation laisse espérer, dans un grand nombre de cas, leur récupération complète.

ACTION THERAPEUTIQUE DE L'ACEPROMAZINE
TOLERANCE, EFFETS SECONDAIRES
A propos de cures de troubles mentaux graves

PAR

P. BROUSSOLLE et Y. ROSIER

Ce dérivé de la phénothiazine, qui est un éthylone-3-(diméthylamino-3'-propyl)-10-phénothiazine, est connu depuis 1953.

Il avait fait l'objet d'études pharmacologiques de la part de Mercier et collaborateurs, qui avaient retenu ses actions dépressive, potentialisatrice, anti-émétique, hypotensive, et enfin ses effets d'ordre neurovégétatif.

Ces caractéristiques qui l'apparentaient à la chlorpromazine furent précisées en clinique humaine par Huguenard. Ce dernier le trouve au moins deux fois plus actif et doué à doses équiactives d'une toxicité trois fois moindre. Et il produit les effets bien connus suivants : vasoplégie, hypothermie, hypokaliémie avec hypokaliurie, hyperexcitabilité musculaire.

Ses propriétés psycho-pharmacologiques étaient mises en vedette par les travaux de Siou et Brunaud à l'aide d'un nouveau test étudiant la combativité et l'agressivité des rats ; le pouvoir apaisant du produit se situerait en tête des autres dérivés phénothiazimiques et des tranquillisants.

Mais, sans attendre cette précision, l'on avait tenté d'utiliser l'acépromazine en psychiatrie. S'appuyant sur 31 cures, Delay et collaborateurs affirmaient sa grande efficacité, supérieure à celle de la chlorpromazine à dose égale, et son absence pratique de toxicité. Une opinion à peu près semblable est émise par Coirault, Causse et Mollet. Ces différents auteurs utilisèrent le produit avec bénéfice dans des psychoses aiguës ou subaiguës (bouffées d'excitation, états confusionnels, syndromes dépressifs).

De la lecture de ces différents travaux, il ressort que le produit

serait très efficace dans les psychoses aiguës (bouffées d'excitation, états confusionnels, délires alcooliques) ; les syndromes dépressifs réagiraient favorablement (les accès mélancoliques à un bien moindre degré). Il aurait aussi à son actif des améliorations très appréciables dans les psychoses chroniques (schizophrénies et délires). Enfin, les résultats demeureraient incertains, comme d'ailleurs avec les autres neuroleptiques, dans le domaine des troubles névrotiques.

Parallèlement, d'autres disciplines médicales trouvaient un intérêt dans l'acépromazine ; Sarlin recommande son emploi dans les vomissements de la grossesse et Thiers a eu de bons résultats en dermatologie, comme antiprurigineux. L'anesthésiologie enfin l'emploie couramment (Huguenard, Sanchez).

Il nous a semblé utile de faire ce bref historique afin de situer notre propre expérience. Notre but était de vérifier l'efficacité du produit en milieu hospitalier psychiatrique, soucieux que nous sommes de trouver un neuroplégique plus maniable que ses prédécesseurs, et dénué d'effets secondaires tout en étant aussi efficace.

Conditions générales de traitement

Nous avons prescrit de l'acépromazine chez 35 malades mentaux (dont 34 femmes et 1 homme), internés en hôpital psychiatrique et répartis dans trois pavillons. Ils firent l'objet d'une surveillance médicale particulière : outre l'observation attentive du comportement, pouls et température furent suivis quotidiennement et, tous les deux jours, la tension artérielle (sauf pour les traitements qui se prolongèrent). Les cures sont terminées depuis deux à six mois selon les cas. Les conditions d'environnement ne varièrent pas pour l'ensemble du groupe (alimentation, psychothérapie, degré de liberté, etc...).

Nature des malades traités

Le choix des malades à traiter s'est fait de la façon suivante :

Tout d'abord, il s'est agi de malades qui n'avaient tiré qu'un bénéfice médiocre (9 cas) ou nul (10 cas) de traitements antérieurs, à d'autres dérivés phénothiaziniques ou à d'autres thérapeutiques biologiques (électrochocs, insuline, par exemple).

Puis, dans six cas, nous avons remplacé la médication en cours

(lévomépromazine, chlorpromazine ou prochlorpémazine) par l'acépromazine, afin de réaliser une comparaison plus flagrante.

Enfin, 10 malades furent soumis à la médication, qui n'avaient eu aucun traitement auparavant, et, parmi eux, six présentaient des troubles nerveux d'apparition récente.

Au point de vue syndromique, l'ensemble de nos malades peut être divisé en neuf groupes :

I. 1 accès confuso-maniaque.

II. 2 psychoses maniaco-dépressives.

III. 14 schizophrénies, dont :
3 formes hébéphréniques ou hébéphréno-catatoniques ;
11 formes paranoïdes (certaines, peu dissociées, se rapprochant du groupe suivant).

IV. 5 délires de persécution à participation plus ou moins hallucinatoire.

V. 3 psychoses séniles ou préséniles avec manifestations délirantes de persécution.

VI. 7 observations davantage hétéroclites offrant une certaine parenté en raison des troubles graves du comportement (agressivité, agitation parfois clastique d'origine affective, névrotique, avec très souvent un fond de débilité mentale).

VII. 1 cas de crise anxieuse réactionnelle chez une personnalité psychopathique.

VIII. 1 cas d'hypocondrie schizonévrotique.

IX. 1 cas d'épilepsie avec phases d'agressivité dangereuse.

Cet ensemble donne un reflet assez fidèle des genres de malades soignés à l'hôpital psychiatrique, avec toutefois une notable prépondérance de psychoses graves.

L'âge

Il s'échelonne entre 18 et 81 ans, avec un maximum de fréquence entre 50 et 70 ans et une moyenne à 45,8.

20	30	40	50	60	70	80 ans
2	6	6	4	8	6	2	1

L'ancienneté des troubles

21 présentaient des troubles ayant débuté il y a plus de 5 ans ; quatre remontaient à moins de 3 ans ; quatre à moins de un an ou à quelques jours même. Six malades du groupe des « caractérielles » (groupe VI) ne peuvent pas être considérées non plus comme de « vieilles malades » : on peut les rencontrer aussi bien dans d'autres collectivités qu'à l'hôpital psychiatrique.

Considérations critiques

Le groupe que nous étudions représente un secteur important, mais particulier de la psychiatrie : celui de malades internés, avec une prépondérance de psychoses graves ou anciennes et une relative fréquence de sujets âgés (9 avaient dépassé 60 ans). La catégorie VI, au dénominateur commun « caractériel » imprécis, permet en principe difficilement de juger des traitements biologiques en général, tant est primordiale pour elle l'élément psychothérapique.

Les bilans thérapeutiques statistiques ne seront donc livrés plus loin qu'avec une certaine réserve, et nous nous appuierons surtout sur les éléments tirés des observations individuelles.

Dans un but de rigueur expérimentale, nous nous sommes astreints à un emploi exclusif du produit, afin de juger de son effet sédatif, ou tranquillisant, ou de son action sur la psychose elle-même. Nous nous sommes ainsi privés du bénéfice probable d'associations (avec des psychotoniques par exemple).

Conduite des cures

Nous avons d'abord prescrit les doses préconisées par les premiers utilisateurs, soit 20 à 50 mg. *per os*. Le produit était alors présenté en gouttes de 1/10 de mg., comprimés de 10 mg. et ampoules injectables de : I.V. 20 mg., I.M. 20 mg.

Puis, n'observant aucune modification, nous avons dû élever la posologie jusqu'à 200 et 400 mg. ; par ailleurs, le produit était présenté sous une forme moins fractionnée, plus concentrée (gouttes à 1 mg., comprimés et ampoules à 25 mg.).

La voie la plus employée a été la voie orale (gouttes ou comprimés), pour laquelle la dose maxima fut de 750 mg.

Chez quatre malades, nous avons utilisé la voie intraveineuse :

perfusions lentes et répétées (pendant 6 à 15 jours), de 30 ou 40 mg.

La voie intramusculaire a été employée chez 10 malades aux doses les plus fréquentes, de 80 à 120 mg., portées dans un cas à 180 mg.

Les cures ont été commencées et terminées d'une manière généralement progressive et dégressive.

La dose quotidienne habituelle fut déterminée par tâtonnements : en fonction bien entendu de l'effet psychique recherché (diminution de l'agitation ou de l'agressivité, baisse de l'activité délirante et hallucinatoire...) ; mais aussi nous guettions l'apparition d'effets secondaires (chute tensionnelle, asthénie).

La durée des cures, très variable, a oscillé entre 1 et 24 jours. Les chiffres du tableau ci-dessous sont très dispersés :

5	15	30	45	60	75	90	105
1	2	4	7	1		2	2

105	120	135	150	165	180	195	200 JOURS
4	5	1	1		2	1	2

En effet, dans un cas (groupe 1), il fallut passer au bout de 24 heures à une médication sédative plus expéditive, tant était aigu et inquiétant l'accès confuso-maniaque dont souffrait la malade.

L'on dut interrompre définitivement la cure chez deux malades qui présentaient des incidents d'ordre vasculaire.

Toutefois, 28 malades furent traités pendant plus d'un mois.

Tolérance

Comparativement aux autres dérivés phénothiaziniques, l'acépromazine est bien tolérée, surtout aux doses ne modifiant pas la tension artérielle ; en cela, nous rejoignons l'opinion des auteurs qui nous ont précédés.

C'est ainsi que nos malades se sont rarement plaints de *symptômes subjectifs* désagréables. Dans cinq cas seulement survint une légère somnolence qui disparut avec une diminution légère des doses, et ces malades présentaient volontiers ce symptôme avec d'autres produits. Et plusieurs apprécièrent le remplacement de la chlorpromazine, se trouvant plus vives, plus éveillées, avec une dose égale ou supérieure de 1522 C.B.

Nous n'avons pas retenu de sensations cénesthésiques, ni observé le classique « faciès neuroleptique ».

Pas de signe neurologique, sauf chez une malade que les autres neuroleptiques rendent très facilement parkinsonienne (Mme Aup..., groupe III). A la dose de 120 mg. intramusculaires, elle prit un aspect figé et raide, avec des tremblements distaux légers. Dans quatre observations, des syndromes neurologiques importants, déclenchés ultérieurement, ne se sont pas reproduits avec l'acépromazine.

Aucun incident digestif ne s'est manifesté. Le produit a été bien toléré, notamment chez Mlle Ber... (groupe VI), qui avait fait précédemment un ictère sous chlorpromazine. Et une autre malade, Mme Scr..., qui prenait ce produit avec beaucoup de difficulté, parce que semblent en découler des gastralgies, accepta sans encombre le 1522 C.B.

Incidents cutanés : Il s'est agi de deux poussées d'urticaire généralisé. Dans un cas, Mme Pa..., la poussée disparut avec du 3354 R.P. (ou thiazinamium *) et malgré la continuation de la cure ; un test de sensibilité s'avéra négatif.

Il ne s'est pas produit de lucites, non plus que d'eczéma (aucun cas non plus dans le personnel infirmier).

Incidents vasculaires : Les caractéristiques du produit d'ordre pharmacologique, physiologique et clinique (vérifiées en anesthésiologie notamment) devaient faire prévoir des perturbations cardiovasculaires dans le sens d'une hypotension.

Cet effet hypotenseur, assez fréquent, s'observe au début ou même en cours de cure. Son importance est très variable. Outre les incidents que nous citons dans ce paragraphe, il est responsable de l'asthénie parfois ressentie. Il ne se corrige que lentement pendant la cure. Nous l'avons observé avec prédilection chez des sujets à l'état général médiocre, maigres, parfois anémiques, volontiers sujets à une hypotension orthostatique ou dont la tension artérielle variait facilement. Cette baisse tension-

* Multergan, Spécia.

nelle a été souvent observée chez des émotives et des caractérielles. Elle réagit favorablement aux petits analeptiques.

L'alitement annule tous les inconvénients de l'hypotension. C'est pour cette raison sans doute que les malades traitées par la voie intramusculaire ou intraveineuse n'ont rien présenté.

C'est parmi les malades, traitées par voie orale, toujours de façon ambulatoire, que nous avons rencontré huit incidents.

Pour cinq d'entre eux, il s'est agi de simples malaises que les précautions ci-dessus énumérées ont fait rapidement disparaître.

Trois malades ont présenté de véritables accidents, probablement à la faveur d'un surdosage accidentel : en effet, appartenant à la même salle d'infirmerie, ces malades, qui prenaient de l'acépromazine en potion, souffrirent la même nuit de malaises brusques à type ictus ou collapsus :

Mlle Big..., 68 ans, diabétique légère, vasculaire cérébrale. Tension artérielle maximum habituelle à 15 ; vingt-quatre heures après avoir été mise à la dose de 600 mg., présente une hémiparésie droite, avec Babinski et quelques difficultés de parole ; myosis bilatéral. Arrêt de l'acépromazine. Régression de tous les symptômes en moins d'une semaine. L'électroencéphalogramme met en évidence un foyer de souffrance discret au niveau de la temporale gauche, qui persiste deux mois plus tard.

Mme Rev..., 54 ans, eut, avec 200 mg., une hémiparésie gauche avec Babinski ; ces signes étaient plus discrets et régressèrent rapidement puisque la malade se levait dès le lendemain. Electroencéphalogramme normal. Fond d'œil : artériosclérose. Le 1522 C.B. sera repris deux mois plus tard, et pendant cinq mois, à la dose de 75 mg., sans incidents.

Mme Pai..., 50 ans, à la dose de 500 mg., a souffert de malaises avec céphalées, troubles visuels (impression d'un brouillard), et hypothermie à 36. Arrêt du traitement.

D'après ces observations, on peut supposer que l'acépromazine entraîne une hypotension artérielle cérébrale.

Effets divers :

La tolérance locale du produit en injection intramusculaire est peut-être meilleure que la chlorpromazine.

Enfin, nous n'avons pas observé de galactorrhée.

Groupes	Ininterprétables	0	+	++	+++
I Accès confuso maniaque		Rod. 180 I.M.			
II Maniaco-dépressifs				Via. 100 Meg. 350	
III Schizophrénies		Aup. 250 Evr. 150 Fae. 100 Fay. 300	Cha. 400 Ger. 200 Scr. 250 Fer. 700 Fon. 400 Big. 600	Mal. 400 Rou. 350 Lab. 60 I.V.	Lan. 300
IV Délire de persécution (± hallucin.)		Jeu. 300	Pai. 500	Dup. 100 Cam. 200	Mer. 400
V Délires séniles ou préséniles		Vil. 350 Mar. 100	Wil. 125		
VI (Tr. graves du comportement (agressiv. agit.)	Ili. 75		Rev. 200 Cas. 175 Th. 150	Lib. 100 Cha. 750 Ber. 500	
VII Personnalité psychop. (crise anxieuse)				Mar. 125	
VIII Hypochondrie schizonévrotique	Bor. 200				
IX Epilepsie (phases agressives)					Cous. 250

Action thérapeutique

Nous avons rassemblé nos résultats sous forme de tableau en distinguant, en fonction de nos neuf groupes, les effets thérapeutiques comme suit :

Ininterprétables : Les cures trop brèves (sauf dans les psychoses suraiguës) ou associées à une autre thérapeutique (cure de Sakel par exemple).

Résultats nuls : Aucune modification, même symptomatique, n'a été observée.

+ : Amélioration transitoire, dans le sens d'une sédation passagère de l'anxiété ou de l'agressivité.

++ : Amélioration symptomatique durable sous traitement : baisse de l'anxiété ou de l'agressivité.

+++ : Action bénéfique sur l'activité délirante ou hallucinatoire.

Chaque malade est figurée avec la dose la plus significative de 1522 C.B. qui lui fut administrée. Lorsque le mode d'administration intramusculaire ou intraveineux n'est pas indiqué, il s'agit de la voie orale.

L'impression qui se dégage à la lecture de cet ensemble est celle d'une action thérapeutique faible, bien entendu sur des malades graves.

Nous allons entrer un peu dans le détail.

Résultats nuls

Sur les huit cas, l'on compte deux psychoses récentes (Rod... et Fay...) et non traitées, et quatre psychoses anciennes qui avaient été ou furent par la suite légèrement améliorées à l'aide de chlorpromazine ou de prochlorpémazine.

Nous relatons à titre d'exemple l'observation Rod... et, à l'opposé, celle d'une psychose ancienne rebelle à tout traitement :

Mlle Rod..., 33 ans, sans antécédent psychiatrique, avait été internée d'urgence pour accès confuso-maniaque avec très vive agitation anxieuse. Aucune thérapeutique préalable. Pendant les premières vingt-quatre heures, 180 mg. intramusculaires sont injectés en trois fois sans aucun effet. Le deuxième jour, même état, avec en outre température à 39°5 et déshydratation ; dans la matinée elle reçoit

120 mg. intramusculaires, ainsi qu'antibiotiques et analeptiques. Dans l'après-midi, on remplace le 1522 C.B. par de la chlorpromazine (200 mg. intramusculaires en trois fois) et du sérum : une accalmie s'amorce dès le soir, qui se consolidera ensuite. La cure d'acépromazine, très courte, permet simplement de dire qu'elle n'a pas eu l'effet sédatif attendu à la dose de 180 mg.

L'exemple suivant est celui d'une psychose très ancienne qui n'avait réagi préalablement à aucun traitement :

Mlle Evr..., 47 ans, schizophrénie hébéphrénique grave, n'ayant pas connu de fluctuation depuis plus de vingt ans. Electrochocs et cure d'insuline n'ont pas modifié l'autisme, l'indifférence, ni le délire hallucinatoire incohérent. Aucun changement avec une cure de 75 jours de 150 mg. *per os*. Ultérieurement, inefficacité d'autres neuroplégiques (chlorpromazine, 6140 R.P.). Excitation éphémère et non bénéfique sous amphétamine.

Résultats bénéfiques sur l'activité délirante et hallucinatoire

Deux malades, sur nos 35, ont vu leur psychose s'améliorer en profondeur :

Mme Lan... en est, depuis huit ans, à son sixième séjour à l'hôpital pour une psychose paranoïde qui réagit remarquablement bien à la chlorpromazine (100 à 200 mg. *per os*). Mais elle délaisse chaque fois progressivement sa cure d'entretien, et d'autre part rencontre à chaque sortie de sérieuses difficultés conjugales. Nous la mettons cette fois au 1522 C.B., d'abord à 150, puis 200 mg. *per os*. Au vingt et unième jour de traitement, subexcitation et agressivité ont un peu diminué, mais le délire est inchangé. Il faut arriver à 300 mg. pour voir très lentement les idées délirantes s'effacer. Au bout de deux mois on substitue avec du 7843 (20 mg. *per os*), associé à du trihéxiphénidyl (*) comme correcteur : la rémission devient complète. En conclusion, l'acépromazine a agi, mais plus lentement que la chlorpromazine, et à une dose plus forte ; par ailleurs, elle a été beaucoup mieux tolérée.

Mme Mer..., 67 ans, présente une psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis plusieurs années, avec un dialogue hallucinatoire bruyant très gênant pour l'entourage. Le fonds intellectuel est bien conservé. En outre, la malade est toujours demeurée très active. A

* Artane, Théraplix.

cause de son hostilité à toute thérapeutique, nous n'avons tenté qu'une fois, et contre son gré, une cure de prochlorpémazine, rapidement suspendue à cause de tendances lipothymiques et de troubles légers du rythme cardiaque. Plusieurs mois après est instituée, contre son gré encore, une cure de 1522 C.B., à raison de 40, puis 80 mg., intramusculaires ; quinze jours plus tard, elle accepte les prescriptions par voie orale à la dose progressivement atteinte de 400 mg. Les phénomènes hallucinatoires et le délire baissent notablement en intensité. Mais la survenue de chutes tensionnelles et de malaises obligent à ramener la dose à 300 mg. : recrudescence des phénomènes hallucinatoires. L'on remplace ensuite par un autre neuroleptique à l'étude. En conclusion, l'amélioration fut très nette avec 400 mg., et le produit a été étonnamment bien accepté par la malade.

Dans les *14 cas d'améliorations symptomatiques durables,* les conclusions se font invariablement dans le sens d'une sédation de l'anxiété, quels que soient les syndromes envisagés. Le produit a agi aussi sur l'irascibilité et l'explosivité de notre épileptique, à l'instar de la chlorpromazine.

Pour les *11 cas d'améliorations symptomatiques transitoires,* on remarquera, si l'on se réfère au tableau ci-dessus, que la hauteur des doses n'entre pas en jeu. En effet, les posologies, pour la plupart supérieures à 200 mg., varient entre 150 et 700 mg.

Action comparative avec d'autres thérapeutiques

Les cures de plusieurs de nos malades, précédées ou suivies d'autres thérapeutiques, nous ont permis d'établir certaines comparaisons.

Dans 12 cas, l'action, faible, du produit fut semblable à celle de la chlorpromazine.

Elle a été moindre, dans cinq cas, que celle, ultérieure, d'autres dérivés phénothiaziques (6140 R.P. chez trois malades : Rod..., Jeu..., Thu... ; chlorpromazine pour Mme Lab... ; pour Mme Fay..., il s'agit d'un produit à l'étude).

Chez 11 malades, des cures postérieures d'autres neuroleptiques ou d'autres traitements (huile soufrée, ou un psychotonique) furent d'une inégale inefficacité.

Remarques concernant certains facteurs

La dose, avons-nous déjà noté, ne semble pas influer sur les résultats : en effet, les doses les plus variées se trouvent dispersées sans signification dans les colonnes du tableau.

La durée des cures, supérieure à 30 jours, sauf dans sept cas, ne fait pas ressortir non plus de corrélation intéressante. La confrontation de *l'âge* des malades et des résultats n'est pas non plus significative.

L'ancienneté de la maladie par contre influe ; il est certain que, comme pour toutes les thérapeutiques en psychiatrie, dans l'ensemble, les psychoses plus récentes ont mieux réagi.

Suivant les syndromes, les résultats ont été différents :

une psychose paranoïde (particulièrement réceptive aux médicaments) et une psychose hallucinatoire furent réellement améliorées ;

nos deux maniaco-dépressives (anciennes et relativement stabilisées) furent seulement davantage calmées ;

et notre 6e groupe, de « caractérielles », accusa aussi une simple sédation avec parfois un effet hypnogène.

Suivant les symptômes :

La structure de la psychose ne fut modifiée que deux fois (Lan..., Mer...) quant au délire et aux troubles hallucinatoires. Le mode d'expression de la maladie a pu être simplifié (observation Mal..., groupe III : affaiblissement des thèmes hypocondriaques).

L'amélioration superficielle du comportement des malades du groupe VI est à mettre sur le compte de l'effet sédatif.

Suivant la fréquence et la nature des incidents : Il n'y a pas de corrélation avec l'efficacité, au contraire.

En effet, l'apathie et la somnolence de Mme Au... furent suivies d'une aggravation du syndrome hébéphréno-catatonique.

Et les trois malades qui présentèrent des incidents neurologiques de type ictus ne se trouvèrent pas améliorées par la suite.

L'acépromazine se distinguerait donc des autres neuroleptiques, pour lesquels les syndromes neurologiques ont paru à certains un critère d'efficacité.

Conclusion

L'acépromazine nous paraît un produit bien toléré généralement puisqu'il ne produit pratiquement pas d'effets neurologiques secondaires aux doses usuelles. Elle se distingue des dérivés voisins par son action vasculaire.

Elle exerce une action hypnogène et sédative nette ; par contre,

elle s'avère rarement efficace sur les structures psychotiques ou sur les différents symptômes d'ordre noétique.

Précieuse dans les cures ambulatoires légères et dans les psychoses aiguës, elle est d'un intérêt moindre en psychiatrie hospitalière à l'égard des psychoses de longue évolution et des névroses graves.

BIBLIOGRAPHIE

Causse. — Utilisation d'un nouveau neuroplégique, le 1522 C.B., en neuropsychiatrie. *6e congrès international de neurologie*, Bruxelles, juillet 1957.

Coirault (R.), Girard (V.), Escafit (H.), Benoit (P.). — Utilisation du 1522 C.B. en neuro-psychiatrie. *Soc. de méd. milit.*, 1955, *49*, 247.

Delay (J.), Pichot (P.), Ropert (R.). — Un nouveau médicament neuroleptique en psychiatrie, le maléate acide de l'éthylone-3-diméthylamino-3'-propyl-10-phénothiazine (1522 C.B.). *Presse médicale*, 1957, *65*, 491-493.

Huguenard (P.). — Etude clinique d'un nouveau neuroplégique, le 1522 C.B. (maléate d'acétylpromazine). *Presse médicale*, 1957, *65*, 685-688.

— Emploi clinique de l'acépromazine (1522 C.B.). *Anesth. Analg. Réanim.*, 1957, *14*, 363.

Mercier (J.), Schmitt (J.), Navarro (J.), Gavend (M. R.), Gavend (M.). — Etude pharmacologique d'un nouveau neuroplégique : le maléate acide de l'acétyl-3-diméthylamino-3'-propyl-10-phénothiazine (1522 C.B.). II. Action sur l'appareil cardiovasculaire et le système nerveux végétatif. Actions diverses. Conclusions. *Arch. int. pharmacodyn.*, 1958, *113*, 336-359.

Mollet (F.), Lemaire (J.). — Premiers résultats d'un nouveau psychoplégique en psychiatrie, le 1522 C.B. ou acépromazine. *Le mouv. thérap.*, 1957, *4*, 214.

Sanchez Hernandez (J. A.), Sereno Colo (J. Á.). — Anesth. potentialisée à l'acépromazine pour opération césarienne. *Anasth. analg. réanim.*, 1957, XIV, 980.

Sarlin, Drieu. — Utilisation du plégicil (1522 C.B.) dans les vomissements de la grossesse. *XVIIe Congrès de la Fédération des Soc. de Gynéc. et d'Obst. de langue française*, Marseille, septembre 1957.

Siou (G.). — Introduction chez le rat d'un état d'agressivité utilisable pour l'étude de drogues « tranquillisantes ». *J. de Physiol.*, 1950, *50*, 504-507.

— Brunaud (M.). — Etude chez le rat de quelques substances dites tranquillisantes » à l'aide d'un test d'agressivité. *J. de Physiol.*, 1958, *50*, 507-509.

Thiers (M.), Colomb (D.), Fayolle (J.), Friès (D.). — Premiers essais en dermatologie d'un nouveau dérivé de la phénothiazine, l'acépromazine (1522 C.B.) dans le traitement du prurit. *Lyon méd.*, 1958, *57*, 337.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 avril 1959

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

Décès du Docteur BARBÉ, ancien président de la Société

Allocution de M. Jean Dublineau, président

Mes chers collègues,

Notre Société vient de perdre un collègue éminent dans la personne d'un de ses anciens présidents, le Dr Barbé, médecin honoraire de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Né le 24 août 1877 à Paris, Barbé a accompli presque toute sa carrière dans ces deux établissements. Il y a fait, avec Souques et Séglas en particulier, l'apprentissage de la spécialité. Il devait ensuite y succéder à Nageotte et préparer, dans le laboratoire organisé par ce dernier, le traité d'embryologie du système nerveux, qui constitue l'une de ses œuvres maîtresses.

A côté de cet ouvrage de science pure, il a eu le mérite, avec un égal bonheur, de développer deux versants de sa personnalité. En premier lieu, il a associé son nom, en termes désormais classiques, à celui d'un syphiligraphe, Sézary, pour mettre au point et vulgariser le traitement de la paralysie générale par le stovarsol. On sait quels services a rendus cette méthode qui, seule ou associée aux autres traitements de l'affection, est venue en nuancer les indications thérapeutiques avant l'arrivée des antibiotiques.

En second lieu, Barbé a su, sur le plan pratique, rédiger, pour les étudiants et les praticiens, un manuel de psychiatrie qui porte la marque des qualités de simplicité et de clarté qu'on lui reconnaissait unanimement.

Souci de chercher, souci de guérir, souci d'enseigner : ces trois aspects complémentaires sont la marque d'un équilibre et d'une harmonie qui restent pour nous un exemple. On ne s'étonnera pas que tous trois aient été le reflet de l'homme qui les portait en lui. Médecin de pure tradition, Barbé cachait sous sa bonhomie, sa courtoisie, et, parfois, ses silences, en même temps qu'un remarquable bon sens, une culture et une curiosité qui ne se sont jamais démenties. Dans ses dernières années, il avait passablement

voyagé et, par sa fréquentation des vieilles pierres, acquis, dit-on, dans la connaissance de certains monuments du Moyen Age, une manière de seconde maîtrise.

Barbé a présidé notre Société en 1942, durant l'occupation. Sa présence au conseil d'administration, au cours des quatre années statutaires attachées aux fonctions présidentielles, nous a été souvent d'un grand secours, dans les conjonctures délicates qu'impliquait le fonctionnement de la Société à cette époque.

Sa classe, en dépit de sa modestie, avait forcé l'attention des plus éminents parmi ses pairs, qui l'avaient appelé à siéger parmi eux à l'Académie de Médecine. Il laisse parmi nous des élèves, en particulier notre vice-président, le professeur Jean Delay, et notre collègue, le Dr Aubrun. Tous deux eussent, beaucoup mieux que moi, su faire revivre devant vous les aspects familiers de cette personnalité, à la fois attachante et discrète. Ils eussent sans doute ajouté, à l'émotion du regret que nous éprouvons tous, le témoignage d'une affectueuse gratitude pour le maître aujourd'hui disparu.

⁂

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le secrétaire général fait part : des lettres de remerciements de MM. les Drs Nicolet et Mignen, remerciant la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux ; d'une lettre d'invitation de la Société médico-psychologique de Londres pour le congrès annuel se tenant à Glasgow du 15 au 17 juillet 1959 ; le Dr Péron a été désigné pour représenter la Société à ce congrès.

Elections de trois membres associés étrangers

Après audition du rapport de M. H. Baruk, au nom d'une commission composée de MM. Bergeron, Brissot et Baruk, rapporteur, le professeur G. Mall (Allemagne) est élu membre associé étranger, par 15 voix sur 15 votants.

Après audition du rapport de M. Minkowski, au nom d'une commission composée de MM. Xavier et Paul Abély et Minkowski, rapporteur, M. le professeur N. E. Brzezicki (Pologne), a été élu membre associé étranger par 15 voix sur 15 votants.

Après audition du rapport de M. Le Guillant, au nom d'une commission composée de MM. Sivadon, Follin et Le Guillant, rapporteur, le Dr L. Lévy a été élu membre associé étranger par 12 voix sur 15 votants.

Election d'un membre correspondant national

Après audition du rapport de M. Lôo, au nom d'une commission composée de MM. Cénac, Garand et Lôo, rapporteur, le Dr Cornier (A.) a été élu membre correspondant national par 13 voix sur 15 votants.

COMMUNICATIONS

Remarques sur les modalités d'administration de l'hydroxidione (viadril) en clinique psychiatrique. Intérêt d'une injection rapide, par MM. Jean Sizaret, P.-H. Davost et E. Provost (Rennes).

Séance du 23 mars 1959 (Publication retardée)

Depuis que le Professeur Coirault et ses collaborateurs ont montre ici-même, en décembre 1955, les remarquables effets de l'hydroxydione sur l'évolution du délirium tremens, non seulement ceux-ci ont été confirmés mais les indications de ce stéroïde en clinique psychiatrique se sont étendues.

C'est ainsi, entre autres, que MM. Gayral et Dauty ont préconisé l'emploi du viadril comme traitement d'attaque des encéphalites aiguës psychosiques, notamment de l'encéphalite azotémique de Marchand, tandis que Batt et Dally, O'Flanagan et Mc Cuiness le conseillent pour faciliter les interrogatoires en diminuant l'anxiété. Mais aujourd'hui nous envisagerons non les indications de ce produit mais ses modalités d'administration en nous appuyant sur 32 cas. L'usage courant du viadril en pratique psychiatrique semble se heurter à un certain nombre de difficultés :

Son administration n'est possible que sous forme de solution injectable par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Il présente une certaine causticité sur les tissus. Ses incompatibilités en solution sont multiples.

Difficultés techniques de la perfusion.

L'utilisation de sérum glucosé ou de sérum salé est indifférente. La concentration ne semble pas jouer un rôle important dans la genèse des accidents locaux.

M. Coirault et ses collaborateurs préconisent, comme on sait, une dilution de 2 gr. d'hydroxydione dans 500 cc. de liquide isotonique.

Celle-ci permet de conserver un débit suffisant évitant l'obturation précoce de la veine et de l'aiguille, mais elle limite cependant l'apport de liquide.

Par voie intraveineuse, pendant le sommeil, la vitesse d'écoulement varie de 20 à 100 gouttes suivant l'agitation. Les doses journalières pour des temps de sommeil de 16 à 20 heures sont de 6 à 8 gr.

La voie sous-cutanée, de contrôle difficile, ne nous semble devoir constituer qu'un pis aller et nécessite l'administration conjointe d'hyaluronidase.

Les réactions locales à l'injection du produit sont fréquentes et aboutissent souvent à une imperméabilité définitive de la veine.

L'irritation locale provoque une réaction périveineuse importante survenant le plus souvent après 48 heures de perfusions continues. Il s'agit d'un œdème rouge douloureux large de 2 à 4 travers de doigt au niveau du point d'injection s'étendant souvent assez loin sur le trajet de la veine.

Il s'accompagne rapidement d'une hyperthermie franche.

Nous n'avons jamais vu apparaître de phlébite vraie avec thrombose à distance qui, pour Stedtfeld, serait provoquée par l'injection du produit glacé.

Pour certains l'apparition d'une douleur au moment de l'injection est fréquente.

C'est au cours d'injections sous-cutanées que sont apparus, chez deux de nos malades, des points de nécrose cutanée avec lésion de l'aponévrose musculaire sous-jacente. L'ampleur de ces phénomènes nous a fait abandonner cette voie qui se prête mal par ailleurs au contrôle clinique. Ces réactions semblent en rapport direct avec la durée de contact du produit, ils n'apparaissent pas après injections intraveineuses rapides, ils semblent indépendants de la nature du solvant et dans une large mesure de la concentration.

La susceptibilité individuelle est variable, si ces phénomènes sont survenus le plus souvent après 24 à 48 heures de perfusions continues, ils sont apparus trois fois dès la fin de la première perfusion intraveineuse.

Les moyens de lutte contre ces incidents sont peu nombreux et d'efficacité médiocre :

Si la chaleur humide rend supportables et fait disparaître les réactions périveineuses, les veines restent cependant imperméables dans la plupart des cas.

Nous avons pratiqué l'injection intraveineuse très lente de 5 mg. d'hydroxycorticostérone dilués dans 250 cc. de sérum salé, à la suite d'une série de 2 à 4 flacons de 500 cc. d'hydroxydione.

Si nous n'avons pas obtenu la résolution des phénomènes inflammatoires périveineux, la veine, bien que d'abord difficile, est restée perméable. Cependant la prévention de ces incidents reste un problème non résolu, et ces réactions semblent limiter souvent à 48 heures la durée de traitement par l'hydroxydione intraveineux, et la voie sous-cutanée, si elle est d'un appoint utile lors de traitements plus prolongés, demeure délicate.

Les incompatibilités de l'hydroxydione en solution sont nombreuses. Pour éviter ces précipitations inopportunes, nous avons recherché systématiquement les possibilités de miscibilité des drogues qu'il nous est habituel d'utiliser en perfusions.

Nous avons utilisé des solutions de sérum glucosé et salé isotoniques dont la concentration à l'hydroxydione correspond à 2 gr. pour 500 cc. et dont le *p*H oscillait autour de 7.

Les variations de stabilité de l'hydroxydione en solution sont importantes, beaucoup de solutions s'altèrent après quelques heures.

En résumé, nos observations ont montré :

1° Dans une solution de 2 gr. d'hydroxydione dilués dans 500 cc. de *sérum glucosé isotonique,*

sont solubles : angiocardiol, aminophylline, atropine, chophytol, coramine, curéthyl A, hoptamyl, hyaluronidase, néosynéphrine, novocaïne, ouabaïne, pethidine, succinyl choline, vitamine B 12 et vitamine C.

ont précipité : A.C.T.H., chlorpromazine, cortine, cortisone, curéthyl B, diparcol, extraits de foie, héparine, hydrosol de vitamines, hydroxycorticostérone, réserpine, prométhazine, sulfate de magnésie, vitamine B 1, vitamine B 6.

2° Dans une solution de 2 gr. d'hydroxydione dilués dans 500 cc. de *sérum salé isotonique.*

sont solubles : les drogues solubles dans le sérum glucosé plus l'acépromazine, l'auréomycine et la réserpine qui provoquaient l'apparition d'un louche en sérum glucosé.

Aux doses thérapeutiques, la solubilité n'est pas influencée par la concentration.

Les incompatibilités semblent avoir pour origine le *p*H ; en effet, tout se passe comme si l'hydroxydione se comportait comme une base forte déplaçant certaines vitamines de leur sel. L'action protectrice du ClNa pouvant s'expliquer par la formation de nouveaux chlorhydrates.

⁂

Un certain nombre d'accidents et d'incidents ont été notés.

Les accidents s'expliquent par l'utilisation de doses trop fortes ou trop rapidement injectées, les risques du sommeil anesthésique étant accrus par le retard d'action de l'hydroxydione. C'est l'origine de l'apnée, de la chute de la langue en arrière et avec la surcharge hydrique des troubles cardio-vasculaires. L'hypersécrétion salivaire et l'encombrement bronchique ne sont jamais apparus chez nos 32 malades.

En fait, la technique d'utilisation de l'hydroxydione en psychiatrie doit répondre à deux impératifs :

pouvoir réaliser une sédation clinique très rapide chez des malades souvent agités et opposants ;

permettre un sommeil parfois longtemps prolongé et de qualité physiologique.

Les modifications cliniques constatées dans toute notre série de malades, la description dans la littérature médicale d'un certain nombre d'incidents imposent de ne pas employer des techniques chirurgicales (injection intraveineuse d'1 gr. d'hydroxydione par exemple).

dangereuse en psychiatrie où les moyens de réanimation et la qualité de sommeil souhaité sont différents.

Lemaire et Storme injectent comme préparation à l'électro-choc une solution de 500 mg. d'hydroxydione en 2 minutes.

O'Flanagan, pour faciliter les interrogatoires, injecte 500 mg. en quelques secondes et obtient une altération de la conscience après 5 minutes.

Enfin des doses faibles sont utilisées en pratique bronchologique (4 mg. d'hydroxydione par kg. de poids corporel injectés en 8 à 10 minutes) (Thar Benda).

En perfusion intraveineuse à vitesse constante, on obtient le sommeil en 20 à 30 minutes après passage de 1,50 gr. du produit.

Avantage d'une technique d'injection rapide.

Afin d'obtenir un calme suffisant en un temps bref et de façon atoxique chez des malades agités et fragiles (délirium, délire aigu), nous avons mis au point une technique qui consiste à injecter dans une veine du pli du coude une solution de 30 cc. de sérum salé isotonique comprenant 1,5 cc. de coramine et 10 mg. par kg. de poids d'hydroxydione. L'injection poussée régulièrement est faite en 3 minutes.

Cette technique permet :

1° d'utiliser une dose relativement faible d'hydroxydione ;

2° d'obtenir, 2 à 3 minutes après la fin de l'injection, un sommeil ou une détente suffisante pour supprimer tous moyens de contention et la mise en route à débit normal d'une perfusion intraveineuse dans la même aiguille.

3° Il est d'ailleurs possible de réduire le temps d'injection à 2 minutes chez des malades en bon état physique. Le sommeil apparaît alors 4 à 6 minutes après le début de l'injection, la dépression cardio-vasculaire est plus marquée, quoique faible.

L'agitation réapparaît 10 à 15 minutes après cette injection isolée, chez un sujet calme il est complet à la 20e minute. Les résultats constants obtenus chez 32 malades, le contrôle électroencéphalographique, l'absence de réactions végétatives en font une méthode pratique, et lorsque l'on désire obtenir un sommeil prolongé, on met en place, dès la fin de l'injection rapide et sur la même aiguille, une perfusion dont la vitesse d'écoulement est rendue appréciable (20-40 gouttes minute dès l'apparition des premiers signes cliniques d'endormissement. Ainsi le sommeil est complet à la 8e minute, 800 mg. d'hydroxydione sont en général suffisants pour l'assurer pendant la première demi-heure.

Une surveillance constante du malade est nécessaire, la présence permanente d'un personnel compétent est indispensable pour adapter à tous moments le débit de la perfusion à la profondeur du sommeil.

Il est de plus utile de noter chaque heure la tension artérielle et le

pouls. Le réveil survient 20 minutes à une demi-heure après arrêt de la perfusion, il permet l'alimentation et les soins corporels.

En résumé, l'hydroxydione est appelée à rendre de grands services en pratique psychiatrique. Moyennant quelques précautions dans ses modalités d'administration, il constitue une thérapeutique particulièrement efficace.

Il semble qu'il y ait intérêt à pratiquer une injection intraveineuse rapide de doses relativement faibles.

La conception chimique des psychoses et la transformation de la psychiatrie, par M. H. Baruk

Si la psychiatrie s'est complètement transformée à notre époque, cette transformation échappe encore à ceux qui l'ont vécue et qui, sans s'en rendre compte, restent encore imprégnés d'orientations anciennes et périmées. Pour bien saisir une telle transformation, il est nécessaire d'avoir suivi de très près l'histoire de la psychiatrie depuis le début du XIX^e^ siècle jusqu'à maintenant, ainsi que l'histoire concomitante de la neurologie. C'est le but que nous nous sommes proposé dans notre récent Traité de Psychiatrie qui retrace avec tous les matériaux et les données les plus modernes confrontées avec les données classiques les étapes de cette transformation radicale.

Pour bien comprendre, il faut se rappeler qu'avec Bayle et la découverte de la paralysie générale l'accent avait été placé sur l'importance de la démence dans ses rapports avec les altérations cérébrales, notamment corticales. Les travaux ultérieurs qui se sont poursuivis jusqu'à Kraepelin ont été consciemment ou inconsciemment dominés par l'inspiration de Bayle et par l'idée de retrouver des maladies mentales comparables ou analogues à la paralysie générale. La démence précoce s'inspirait de ce parallélisme, comme l'ont nettement exprimé les travaux de Sérieux, de Mlle Pascal, de Klippel et Lhermitte, etc..., de même que les premiers travaux et l'ouvrage de Kahlbaum sur la catatonie qui s'inspirait ouvertement de la méthode de Bayle à Charenton.

Mais bientôt, à côté de ces démences d'origine cérébrale diffuse, l'attention fut attirée sur les localisations cérébrales. La conception localisatrice présenta son développement maximum avec Charcot. Celui-ci avait cependant parfaitement vu la distinction clinique qui existe entre, d'une part, les lésions localisées du névraxe et les syndromes organiques qu'elles représentent, et d'autre part les troubles présentant une composante psychologique dominante. Suivant Charcot, cette composante psychologique s'expliquait par une atteinte seulement dynamique, fonctionnelle des mêmes centres que ceux dont les lésions anatomiques donnent lieu à des syndromes organiques. Ainsi la différence résidait seulement dans l'intensité ou le degré d'atteinte

des centres. C'est là la conception organo-dynamique de Charcot, reprise ensuite par Claude et renouvelée plus récemment par Henri Ey.

Suivant cette conception, si une lésion localisée de la zone de Wernicke détermine une aphasie organique, une atteinte purement dynamique de cette même zone donnerait lieu à une aphémie hystérique. A vrai dire, on reste étonné actuellement en lisant les publications de cette période et plus spécialement celles des élèves de Charcot, du peu de précision apportée à la description des aphémies hystériques. C'est seulement plus tard qu'on a vu de façon incontestable que l'aphémie hystérique n'avait rien de l'aphasie mais qu'en fait elle constituait une variété de mutisme.

Or dans le mutisme intervient un facteur totalement différent de celui qui intervient dans l'aphasie. Ce facteur différent réside dans une perturbation de la volonté. L'hystérique atteint de mutisme présente un refus pathologique de parler, refus plus ou moins inconscient mais analogue dans son aspect au mutisme de certains hallucinés ou délirants, tandis que l'aphasique a conservé la volonté de parler mais n'a plus à sa disposition les mots appropriés, c'est-à-dire les matériaux du langage. Ainsi dans le premier cas il s'agit d'un trouble de la personnalité, dans le second cas d'un trouble portant sur les matériaux et les mécanismes d'exécution automatiques. C'est cette différence capitale qui a été soulignée et démontrée dans l'œuvre de Babinski, œuvre si mal comprise et encore si méconnue.

Cette incompréhension a été due, pensons-nous, au fait que Babinski n'a approfondi que les syndromes de localisation organique et qu'il a donné l'impression de confondre organicité et localisation. Babinski était dominé par la crainte justifiée d'ailleurs du retour à la confusion entre les troubles de la personnalité et ceux des instruments d'exécution.

L'œuvre de Babinski, le véritable fondateur de la neurologie moderne, c'est-à-dire de l'étude des atteintes des instruments d'exécution localisés dans le cerveau et le système nerveux, devait être complétée par la mise en évidence des bases essentielles de la psychiatrie moderne, c'est-à-dire l'étude des atteintes de la personnalité elle-même.

C'est le but que nous avons poursuivi depuis plus de trente ans. Ce travail devait comporter une étude parallèle et constante des données de la neurologie et de la psychiatrie de façon pratique et concrète. Il devait comprendre :

1° *L'étude comparative* minutieuse des symptômes mentaux réalisés par les atteintes organiques localisées du cerveau et celles réalisées par les psychoses. Nous avons commencé ce travail dans les années 1924, 1925 à la Salpêtrière dans le service de notre vénéré Maître Souques, dans les hôpitaux de Paris, puis chez Clovis Vincent, etc.... dans nos travaux sur les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales Depuis lors cette étude comparative exposée en détail dans notre récent Traité de Psychiatrie, principalement en ce qui concerne les

atteintes des lobes préfrontaux et des lobes temporaux, montre des différences incontestables entre les troubles mentaux de ces localisations et ceux des psychoses, les premiers n'entament pas autant l'intimité de la personnalité et ressemblent toujours davantage à des mécanismes tout montés subis plus que réalisés et non intégrés. Mais ces différences nécessitent une étude des nuances très approfondie et une énorme expérience. Nous avons discuté ces faits dans notre discours de Président de la Société de Neurologie ainsi que dans une discussion récente à la Société de Neurologie à l'occasion de la communication de M. Bracha.

2° Toutefois restait le problème d'une corrélation entre les troubles de la personnalité et le système nerveux et l'organisme. A ce sujet, nous avons rappelé plus haut la conception dynamique de Charcot. L'expérience a montré que l'atteinte dynamique des centres ne donne pas plus lieu que l'atteinte organique à un syndrome psychopathologique, mais elle donne lieu seulement à un syndrome d'allure organique léger et transitoire. Une migraine accompagnée atteignant les centres du langage donne lieu toujours à une aphasie légère certes et transitoire, mais ne donne pas lieu à un mutisme.

Le problème restait de savoir quelles sont les atteintes somatiques susceptibles d'intervenir dans les perturbations de la personnalité et de la volonté. Nos recherches psychophysiologiques sur la catatonie humaine et sur la catatonie expérimentale ont montré que ces causes sont non localisées mais *diffuses*. La catatonie expérimentale a démontré objectivement ce rôle des causes toxiques émanant souvent d'un organe éloigné du cerveau, du foie, de l'intestin, des glandes endocrines, du sang, etc...

Ainsi d'une conception localisatrice et purement cérébrale on est passé à la *conception chimique des psychoses.*

Cette conception chimique des psychoses a reçu une grande impulsion depuis la découverte des neuroleptiques et des nouvelles thérapeutiques pharmacologiques. Elle a reçu une véritable consécration au Congrès de Zurich et est exposée en détail dans le Symposium organisé à ce congrès par le Pr Georgi et le Pr Mall (1), paru récemment dans un ouvrage à Bâle et dans un ouvrage récent en Amérique, publié par Rinkel et Denber (2). Cette nouvelle orientation de la psychiatrie doit être très féconde, mais à condition que les recherches physiologiques biologiques et chimiques marchent de pair avec des recherches cliniques. En effet, la nosographie classique ne se prête pas à une coaptation psychobiologique. Le cadre de la schizophrénie est trop vaste et trop disparate, et, comme nous y avons insisté au Congrès de Zurich, ne constitue pas une maladie véritable. Il faut passer maintenant de la

(1) F. Georgi et G. Mall. — *Points de vue pathophysiologiques des psychoses*, 1 vol., Karger, Bâle-New-York, 1958.

(2) Rinkel et Denber. — *Chemical concepts of psychosis*, 1 vol., Mc Dowell/Obolensky, New-York, 1959.

psychiatrie nosographique à celle des symptômes fondamentaux des psychoses, symptômes étudiés sur le plan psychophysiologique, transformation analogue à celle qui a eu lieu dans le passage de l'anatomie d'organes à l'anatomie générale. Ce travail considérable a été notablement avancé dans la psychiatrie française. L'œuvre de P. Janet et surtout de de Clérambaut a inauguré cette transformation, ce dernier ayant substitué à délire hallucinatoire chronique le mécanisme basal de l'automatisme mental. Dans le même ordre d'idées nous avons substitué à la catatonie dans le cadre de la schizophrénie celle des troubles psychomoteurs envisagés à la fois dans leurs modalités cliniques subjectives et objectives, névropathiques ou psychopathiques, et sous l'angle de la physiologie musculaire nerveuse, de la biologie clinique et de l'expérimentation animale.

Une nouvelle psychiatrie (1) s'édifie ainsi bien différente des constructions artificielles des maladies mentales soi-disant autonomes, issues de la vaste construction kraepelinienne dans laquelle les corrélations psychosomatiques et somatopsychiques ne pouvaient être établies.

Discussion

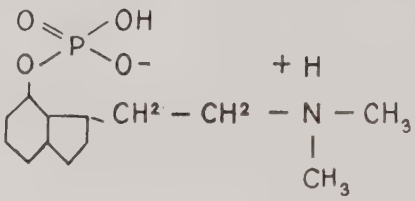
M. Leyritz. — A l'appui des vues exposées par M. Baruk, on peut remarquer qu'un produit chimique défini comme le largactil, par exemple, a dans certains cas des effets favorables à la disparition de troubles mentaux. On peut en inférer qu'un produit chimique défini introduit dans l'organisme doit avoir une action chimique, soit sur un métabolite néfaste existant chez le sujet malade, soit sur le rétablissement d'un métabolisme perturbé. Globalement, on doit constater qu'un produit chimique défini produit la disparition des troubles mentaux.

Les effets somatiques de la psilocybine, par MM. J. Delay, P. Pichot, Mlle T. Lempérière, MM. P. Nicolas-Charles et A.-M. Quétin.

La psilocybine est un des principes actifs de certains champignons hallucinogènes du Mexique. Ceux-ci, de connaissance fort ancienne et dont on trouve mention dans les manuscrits du XVI^e^ siècle, étaient utilisés dans le rituel religieux des peuplades indiennes. Le culte de ce « champignon sacré » survit, à l'heure actuelle, dans certains états mexicains, mais son étude scientifique ne fut rendue possible que récemment, grâce aux travaux de R. Heim qui réussit à en obtenir la culture, ce qui permit au chimiste A. Hofmann d'extraire le principe actif et d'en préciser la structure chimique.

(1) Pour tous détails, voir notre récent *Traité de Psychiatrie*, 2 vol., 1.570 pages, Masson éditeur, Paris, 1959.

Sa formule est la suivante :



« La psilocybine est le premier corps indolique phosphorylé que l'on ait trouvé dans la nature. C'est, de plus, le premier dérivé de la tryptamine de provenance naturelle dans lequel le système indolique est substitué en position 4 par un groupement hydroxyle.

La constitution de la psilocybine représente un nouvel exemple de l'importance de la structure indolique dans les composés d'effet psychotrope. Par sa structure, la psilocybine est étroitement apparentée à des dérivés naturels de l'hydroxytryptamine jouant un rôle biochimique important, tels que la sérotonine (hydroxy-5-tryptamine), la bufoténine, la bufoténidine.

Comme dérivé de la tryptamine, la psilocybine est, en outre, apparentée aux alcaloïdes indoliques d'action psychotrope, tels que tabernanthine, harmine et réserpine.

Il existe une parenté particulière entre la psilocybine et la diéthylamide de l'acide lysergique (LSD 25), le psycho-dysleptique de loin le plus actif connu à ce jour. Le système indolique de ces deux dérivés est substitué en position 4. La psilocybine et les alcaloïdes de l'ergot de seigle auxquels appartient le LSD sont, jusqu'ici, les seuls dérivés indoliques de provenance naturelle qui présentent cette structure particulière. » (A. Hofmann et coll.) (1).

Les premières études pharmacologiques de la drogue ont été effectuées par A. Cerletti. « Bien que dépourvue d'une activité notable sur des structures périphériques, la psilocybine produit chez l'animal entier une série d'effets neuro-végétatifs très marqués : dilatation pupillaire, piloérection, tachycardie, tachypnée, élévation thermique, hyperglycémie, élévation de la pression sanguine, contraction de la membrane nictitante, etc... La plupart de ces effets paraissent dus à une stimulation centrale affectant spécialement le système sympathique. Le tracé d'éveil enregistré à l'électroencéphalogramme, ainsi que le renforcement des réflexes médullaires indiquent également un point d'attaque central ; contrastant avec ces constatations, la motricité des animaux d'expérience n'est pas exaltée, mais plutôt déprimée » (2).

⁂

A la demande de M. Heim, depuis juillet 1958, nous avons pu disposer, grâce à l'obligeance des Laboratoires Sandoz, de la psilocybine présentée soit en comprimés, soit en solution injectable. Nous avons

entrepris d'en étudier systématiquement l'action physiologique et psychique, et d'en évaluer les possibilités thérapeutiques. Nous avons mené parallèlement notre expérimentation sur des sujets normaux volontaires et sur des malades mentaux.

Nos premiers résultats ont été rapportés :

à la Réunion Internationale de Psychopharmacologie de Rome en septembre 1958 (3),

à l'Académie des Sciences en octobre de la même année (4).

Depuis, nous avons eu l'occasion d'y adjoindre d'autres observations et l'ensemble de notre étude a fait l'objet d'un article publié dans l'ouvrage « Les champignons hallucinogènes du Mexique » (R. Heim, R. Gordon, Wasson et coll.) (5).

Dans cet article, nous allons simplement faire un exposé descriptif des effets somatiques de la psilocybine ; son action sur le psychisme sera étudiée dans l'exposé suivant. Nous avons tenté, dans les deux cas, de procéder à une systématisation qui, nous en avons conscience, est quelque peu arbitraire.

Nous avons entrepris, d'autre part, l'examen des modifications apportées par la drogue à l'électroencéphalogramme et aux réponses à un test mental projectif (Test de Holtzmann), mais, actuellement, nous disposons de résultats en nombre trop insuffisant dans ces deux recherches complémentaires pour nous permettre de donner des conclusions. Ils feront l'objet de publications ultérieures.

Nos deux exposés d'aujourd'hui rassemblent les résultats que nous avons pu obtenir depuis le début de notre expérimentation. Ils portent sur l'application de la psilocybine à :

13 sujets normaux (16 protocoles),
30 malades (36 protocoles),

soit, au total, sur 52 administrations de la drogue.

En effet, parmi nos 13 sujets normaux volontaires (11 hommes et 2 femmes), l'un d'eux a absorbé le produit à deux reprises, un autre à trois reprises.

Parmi nos malades (30 femmes), 6 d'entre elles l'ont reçu à deux reprises.

Nous indiquerons d'emblée que tous nos sujets volontaires étaient jeunes (entre 23 et 33 ans) et d'un niveau socio-culturel moyen ou supérieur. A ce titre, ce groupe n'est pas comparable à celui des malades qui, en moyenne, étaient plus âgés et de niveau socio-culturel nettement inférieur.

Tous les sujets normaux ont absorbé la psilocybine par voie orale. Les doses employées ont été :

5 mg.	1	sujet
10 mg.	11	—
11 mg.	2	—
12 mg.	1	—
14 mg.	1	—

Dose moyenne : 10,2 mg.

Chez nos malades, le mode d'administration et la quantité administrée ont été les suivants :

Dose (mg.)	ORALE	S.-C.	I.-M.
6	2	1	1
7	2	1	0
8	2	1	0
9	0	4	4
10	12	3	1
14	1	0	0
15	0	0	1
Total	19	10	7

DOSE MOYENNE	ORALE	S.-C.	I.-M.
	9,2	6,5	9,5

Notre posologie a été, mais non rigoureusement, proportionnelle au poids de la malade.

Dans l'ensemble, le temps de latence est beaucoup plus long (1/2 heure à 1 heure) quand on utilise la voie orale que lorsque l'on utilise la voie parentérale. Chez trois malades, l'injection intra-musculaire a été suivie d'une réaction intense dans les minutes qui ont suivi l'injection.

Il semble, en outre, qu'à dose égale la voie parentérale soit plus active que la voie orale.

Les effets somatiques sont observés dans tous les cas. Ils semblent, néanmoins, beaucoup plus modérés lorsque nos malades sont déjà sous l'effet d'une autre médication, par exemple lorsqu'ils sont protégés par une thérapeutique neuroleptique. Celle-ci, nous en reparlerons empêche l'apparition des modifications psychiques liées à la psilocybine.

⁂

Etude analytique des effets somatiques

Ceux-ci sont, en général, d'apparition précoce. Certains constituent les premiers symptômes observés.

L'ensemble des effets somatiques est reproduit dans les deux tableaux suivants (ils sont groupés par ordre de fréquence) :

I. Effets somatiques chez les sujets normaux (Les effets sont groupés par ordre décroissant de fréquence).

II. Effets somatiques chez les malades mentaux.

TABLEAU I. — *Effets somatiques (sujets normaux)*

	PAS D'EFFET OU DE MODIFICATION	EFFET		
1. Pupilles	6 %	94 % dont	mydriase	88 %
			myosis	6 %
2. Congestion faciale...	12 %	88 %		
3. Asthénie	12 %	88 %		
4. Pouls	13 %	87 % dont	ralenti	68 %
			accéléré	0 %
			variable	19 %
5. Réflexes ostéo-tendin.	20 %	80 % dont	augmentés	73 %
			diminués	7 %
6. Tension artérielle....	31 %	69 % dont	hypotension	43 %
			hypertension ...	13 %
			variable	13 %
7. Somnolence	37 %	63 %		
8. Besoin de mouvement	37 %	63 %		
9. Vertiges	44 %	56 %		
10. Troubles digestifs ...	44 %	56 %		
11. Respiration	50 %	50 % dont	accélération	29 %
			ralentissement ..	7 %
			variable	14 %
12. Céphalées	50 %	50 %		
13. Démarches ébrieuses.	50 %	50 %		
14. Sensation de froid..	56 %	44 %		
15. Baillements	56 %	44 %		
16. Congestion des mains	62 %	38 %		
17. Sensation de chaleur.	62 %	38 %		
18. Engourdissement	62 %	38 %		
19. Sueurs	69 %	31 %		
20. Tremblement	69 %	31 %		
21. Troubles de l'esthésie tactile	69 %	31 %		
22. Dysmétrie	75 %	25 %		
23. Fourmillements	75 %	25 %		
24. Soubresauts musculaires	81 %	19 %		
25. Troubles du goût ...	81 %	19 %		
26. Brouillard devant les yeux	87 %	13 %		

TABLEAU II. — *Effets somatiques (malades mentaux)*

	PAS D'EFFET OU PAS DE MODIFICATION DANS	EFFET PRÉSENT DANS		
1 Pouls	5 %	95 % dont	ralentissement .	56 %
			accélération	22 %
			variable	17 %
2. Pupilles	9 %	91 % dont	mydriase	74 %
			instable	17 %
3. Tension artérielle ...	10 %	90 % dont	hypotension	48 %
			hypertension ...	24 %
			variable	18 %
4. Réflexe tendineux ...	26 %	74 % dont	exagération	59 %
			diminution	15 %
5. Congestion faciale ..	37 %	53 %		
6. Respiration	44 %	56 % dont	ralentissement .	28 %
			accélération	19 %
			variable	9 %
7. Tremblement	48 %	52 % dont	disparition	36 %
			exagération	16 %
8. Asthénie	64 %	36 %		
9. Sueurs	72 %	28 %		
10 Somnolence	72 %	28 %		
11. Céphalée	83 %	17 %		
12. Baillement	83 %	17 %		
13. Troubles digestifs ..	95 %	5 %		

A. EFFETS NEUROVÉGÉTATIFS.

1) *La mydriase* est probablement le signe le plus constant, un des plus précoces et des plus durables. Elle peut persister plus de 24 heures. Elle paraît exister chez tous nos malades où elle survient 1/4 d'heure environ après la prise de la drogue.

Dans 3 cas, nous n'avons pu observer de dilatation pupillaire, les sujets ayant, avant l'expérience, une mydriase spontanée qui a probablement empêché l'observation du phénomène.

Dans 6 cas, il y a eu, au cours de l'expérience, alternative de mydriase et de myosis.

Chez nos sujets normaux, la mydriase est également quasi-constante. Exceptionnellement, nous avons noté un myosis (un cas) ou bien encore il n'y a eu aucune modification du diamètre pupillaire (un cas).

2) *Le pouls.* — On note très souvent des modifications du pouls (87 % des sujets normaux, 95 % de nos malades).

Il s'agit, le plus souvent, d'une bradycardie en général assez marquée. La diminution peut atteindre 15 à 20 pulsations par minute.

Plus rarement, il existe une tachycardie. Nous ne l'avons jamais retrouvée isolée chez nos sujets normaux. Chez nos malades, cette accélération accompagnait, le plus souvent, une anxiété intense.

Dans quelques cas les variations se font au cours de l'expérience, de manière impossible à systématiser ; lorsque l'instabilité du rythme est très importante, les perturbations psychiques sont, en général, très intenses.

3) *La tension artérielle.* — La psilocybine agit également sur la tension artérielle. Cette action est quasi-constante chez nos malades (90 %).

Il s'agit en général d'une hypotension, qui apparaît de façon précoce, mais reste modérée et transitoire.

L'hypertension est plus rare, de même que les oscillations successives de la pression artérielle.

Si l'on compare les modifications du pouls et de la tension artérielle, on s'aperçoit qu'il y a habituellement corrélation entre hypotension et bradycardie, et que les cas d'hypertension correspondent aux cas d'instabilité du rythme cardiaque.

4) *Les troubles vasomoteurs.* — Ils sont constants chez les sujets normaux, fréquents chez nos malades.

On note, très tôt et de façon très nette, une congestion faciale. C'est, en général, le premier signe objectif qui apparaît. Elle peut s'accompagner de congestion des mains, de bouffées de chaleur et de sueurs généralisées ou localisées.

Certains sujets ont accusé également une sensation de froid isolée ou associée aux manifestations précédentes.

5) *Le rythme respiratoire* est modifié dans la moitié des cas, ralenti ou accéléré, parfois irrégulier.

On note, dans quelques cas, des soupirs et des pauses.

B. Effets neurologiques.

1) *Les réflexes ostéo-tendineux.* — Les réflexes rotuliens sont, le plus souvent, exagérés, mais il n'y a ni polycinétisme ni diffusion.

Rarement ils sont diminués ou inchangés.

2) *La motricité.* — Il n'existe jamais de signes pyramidaux nets et, en particulier, pas de symptômes déficitaires.

3) *Equilibration. Coordination.* — Les sensations vertigineuses sont fréquentes, mais il ne s'agit pas de vertiges vrais avec sens rotatoire défini. On note, parfois, des secousses nystagmiformes.

Un syndrome d'incoordination motrice peut s'observer avec marche ébrieuse, oscillation à l'épreuve de Romberg. Les épreuves classiques peuvent mettre en évidence une dysmétrie.

4) *Un tremblement* apparaît dans quelques cas. Son amplitude et son rythme sont variables, évoquant tantôt le tremblement basedowien, tantôt le tremblement toxique.

Chez 36 % de nos malades il existait, avant l'expérience, un tremblement spontané de type émotif. Celui-ci a disparu pendant l'action de la drogue.

5) *Les soubresauts musculaires.* — On les a parfois observés. Ils sont localisés à un groupe musculaire variable selon le sujet. Dans un cas ils ont persisté durant 24 heures.

6) *Troubles de la sensibilité objective.* — Un tiers de nos sujets normaux nous ont signalé soit une hypoesthésie, soit une hyperalgésie. L'un d'eux ne pouvait supporter sur ses mains le contact d'aucun tissu ni d'aucun objet.

7) *Troubles de la sensibilité subjective.* — Ils sont de fréquence variable.

Céphalée.

Engourdissement localisé aux extrémités des membres, ou généralisé.

Fourmillements des extrémités.

C. Troubles généraux.

1) *L'asthénie* est presque constante, souvent très marquée, obligeant le sujet à s'étendre. Elle est presque toujours durable, persistant 24 à 48 heures, parfois davantage.

2) *La somnolence.* — Elle est moins fréquente, souvent très précoce. Elle semble contemporaine de la congestion faciale. La durée est très variable.

3) *Bâillements.* — Ils s'observent fréquemment, parfois isolés, parfois associés à la somnolence ou aux troubles digestifs.

4) *Troubles digestifs.* — On les rencontre dans la moitié des cas, soit précoces à type de nausée, crampes gastriques, soit plus tardifs : douleurs abdominales, coliques.

Certains sujets se plaignent d'une sécheresse de la bouche, de modification du goût.

Enfin, si certains se sont plaints de soif ou de faim, d'autres, au contraire, nous ont signalé une perte momentanée de l'appétit.

Conclusions

D'après notre expérience, le retentissement somatique de la crise est assez variable d'un sujet à l'autre sans être directement fonction de la dose employée. Les manifestations apparaissent plus rapidement lorsqu'on utilise la voie parentérale sans être forcément plus intenses.

Les signes les plus constants sont : la mydriase, les troubles vasomoteurs, les modifications du pouls, de la tension et des réflexes. Ces symptômes surviennent même chez les sujets soumis à un traitement par les neuroleptiques (réserpine, chlorpromazine, TP 21 Sandoz, lévomépromazine), alors que les modifications psychiques sont atténuées ou absentes.

Les effets somatiques majeurs sont analogues chez les sujets normaux et les malades mentaux. Cependant, quelques symptômes (asthénie, somnolence, céphalées, tremblements, bâillements, troubles digestifs) sont nettement plus fréquents chez les sujets normaux. Ceux-ci sont certainement plus sensibles que les malades à de minimes variations de leur équilibre physiologique. Il est probable aussi que la meilleure qualité de leur auto-observation explique partiellement les différences entre les deux groupes.

La psilocybine, contrairement aux autres psychodysleptiques (Mescaline, LSD 25), produit, le plus souvent, une hypotension et une bradycardie. Cette divergence contraste avec la similitude au moins grossière des effets psychiques.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. A. Hofmann, A. Frey, H. Ott, Th. Petrzilka, F. Troxler : *Détermination de la structure et synthèse de la psilocybine*, in 5, pages 263-267. — 2. A. Cerletti : *Etude pharmacologique de la psilocybine*, in 5, pages 268-271. — 3. J. Delay : Comparaison des troubles du comportement induit par les substances psychotropes avec les psychoses humaines. *Première réunion internationale de neuro-psycho-pharmacologie*, Rome, septembre 1958. — 4. J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière, P. Nicolas-Charles : Effets psycho-physiologiques de la psilocybine. *C.R. des séances de l'Académie des Sciences*, t. 247, oct. 1958, p. 1235-1238. — 5. R. Heim et R. G. Wasson : *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. Edition du Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, 1958, p. 287-310.

Les effets psychiques de la psilocybine et les perspectives thérapeutiques, par MM. J. Delay, P. Pichot, Mlle T. Lempérière, MM. P. Nicolas-Charles et A.-M. Quétin.

Les modifications psychiques produites par la psilocybine nous permettent de la classer parmi les drogues psychodysleptiques dont l'un de nous a précisé récemment les caractéristiques générales d'action. Les perturbations psychologiques entraînées par ce produit sont loin d'être uniformes. La susceptibilité individuelle, la personnalité préexistante, l'affection psychiatrique en cours entraînent des modifica-

tions qui donnent à chaque crise une allure particulière. Il est cependant possible de décrire une « expérience type ».

Après une phase de latence variant de quelques minutes à une heure apparaissent les premiers symptômes. Le sujet accuse une sensation de chaleur, un malaise physique. Il doit arrêter sa lecture ou ses occupations, va spontanément s'allonger, se plaignant d'asthénie ou de somnolence. On note alors une congestion faciale, une mydriase, une bradycardie, de légers troubles de la coordination et de l'équilibre, un ralentissement de l'activité motrice et verbale. Les perturbations s'installent plus ou moins rapidement ; l'euphorie domine habituellement ; satisfaction profonde, détente, contentement de soi. Il s'y ajoute souvent une subexcitation légère avec loquacité, fou-rire, besoin de mouvements. Des visions colorées et mouvantes peuvent apparaître : arabesques, cercles lumineux, visions kaléidoscopiques fascinant le sujet et renforçant son bien-être. A ces troubles s'associent des perturbations de la conscience de type oniroïde, des altérations dans la perception du temps vécu, une transformation de l'ambiance qui devient étrange et irréelle. Le sujet perçoit des modifications dans son propre corps. Il assiste amusé ou perplexe à une sorte de jeu dont il reste l'acteur.

C'est à la faveur de ces troubles qu'apparaissent les intuitions délirantes, les révélations ineffables, les contemplations extatiques Le sujet découvre un univers inaccessible aux autres, celui des « vérités fondamentales » et de la « beauté pure ».

Mais l'euphorie n'est pas permanente. Elle survient par bouffées qui semblent contemporaines des bouffées vaso-motrices. Elle alterne avec des moments d'angoisse plus ou moins durables, arrivant par vague et dont le sujet redoute l'apparition.

La crise dure environ 4 heures. Les troubles de conscience s'atténuent les premiers, les perturbations thymiques durent plus longtemps. On note fréquemment une période d'hypomanie et parfois l'euphorie persiste le lendemain ; mais le trouble le plus durable est l'asthénie souvent plus marquée dans les jours suivants que pendant la crise. Quant aux troubles neurovégétatifs, ils disparaissent assez vite, sauf la mydriase qui peut s'observer durant 24 heures.

Le sujet garde un souvenir assez précis de sa crise. Il peut en indiquer le déroulement, en évoquer les détails. Parfois il ne peut qu'en faire un récit fragmentaire. Certains passages sont estompés ou déformés, correspondant aux phases d'obnubilation importante de la conscience. Mais tous nos sujets ont conservé l'impression d'avoir vécu une expérience insolite et difficilement communicable.

Les sujets normaux et les malades mentaux ne réagissent pas de façon identique. Les troubles de l'humeur, les phénomènes psychosensoriels, le syndrome de dépersonnalisation sont nettement plus fréquents chez les sujets sains. On sait qu'il en est de même avec les autres psychodysleptiques (mescaline, LSD 25).

Etude analytique des effets psychiques

L'ensemble des effets psychiques chez les malades est reproduit dans les deux tableaux I et II.

I. — Effets psychiques de la psilocybine chez les sujets normaux

L'ensemble des effets psychiques est rassemblé dans le tableau suivant (les effets sont groupés par ordre de fréquence décroissante) :

	Présent dans % des cas		
1. Troubles de l'attention	94		
2. Euphorie	81		
3. Extraversion	81		
4. Opposition	81		
5. Troubles de la perception du temps	75		
6. Dysphorie	69		
7. Impression de bien-être, détente	69		
8. Désintérêt du réel	69		
9. Impression de malaise intérieur	63		
10. Dépersonnalisation	63		
11. Troubles de la perception de l'espace	63		
12. Troubles du cours des idées	63	dont accélération	13
		dont ralentissement	38
13. Vision de mouvements des objets	63	dont variable	13
14. Rires immotivés	56		
15. Satisfaction esthétique	56		
16. Intuition délirante	56		
17. Subexcitation	50		
18. Hyperesthésie visuelle	50		
19. Hyperacousie	50		
20. Illusions visuelles	44		
21. Hallucinations visuelles	44		
22. Troubles de l'esthésie cutanée	38		
23. Impression de mouvement de soi	31		
24. Bizarrerie de l'ambiance	31		
25. Interprétations	31		
26. Réminiscences	31		
27. Acouphènes	25		
28. Hallucinations auditives	25		
29. Repli sur soi-même	25		
30. Hypoacousie	13		
31. Baisse de l'intensité des perceptions visuelles	6		

II. — Effets psychiques de la psilocybine chez les malades

Le tableau suivant rassemble les principaux signes psychiques observés (classés par ordre décroissant de fréquence) :

	Présent dans % des cas		
1. Troubles de l'humeur	56	dont euphorie	33
		dont dysphorie	36
		dont combinés	14
2. Hallucinations et hallucinoses	31		
3. Agitation	31		
4. Troubles intellectuels	28		
5. Dépersonnalisation	28		
6. Modification du contact	28	dont désinhibition	25
		dont inhibition	3
7. Réminiscences	28		
8. Hyperesthésie sensorielle	17		
9. Baisse de la réticence	17		
10. Rires immotivés	17		

1) *Les modifications de l'humeur.*

Elles sont quasi-constantes chez les normaux, fréquentes chez les malades. Il s'agit parfois *d'euphorie* isolée s'intégrant dans des tableaux cliniques différents :

hypomanie avec loquacité, jovialité, sens aigu des situations comiques, impression subjective de richesse idéique, contentement de soi ;

joie contemplative, béatitude, bien-être physique avec repliement sur soi-même, euphorie à l'état pur sans aucune motivation.

Cette euphorie est augmentée par les stimuli extérieurs auditifs ou visuels « qui accompagnent, renforcent et orchestrent en quelque sorte le bien-être ».

Nous avons, quelques fois, vu cette euphorie survenir chez les malades auparavant anxieux, réalisant une véritable inversion de l'humeur (ainsi chez une hystérique et deux mélancoliques). Néanmoins elle est le plus souvent ressentie par le malade comme franchement artificielle.

La dysphorie peut être isolée ou alterner avec l'euphorie. C'est une sensation mal explicitée de malaise diffus, d'appréhension, de perplexité.

Parfois apparaissent de véritables bouffées d'*angoisse* avec agitation ou concentration douloureuse.

Les modifications de l'ambiance, les impressions de transformation corporelle s'accompagnent presque toujours d'anxiété qui peut prendre chez les malades une teinte particulièrement vive.

En aucun cas, cette dysphorie n'a donné lieu à des réactions auto ou hétéro-agressives.

2) *Les troubles de conscience.*

Ils sont fréquents et d'intensité variable.

Dans la majorité des cas, ils restent modérés ; le sujet a du mal à fixer sa pensée, cherche ses mots, emploie un mot pour un autre, n'achève pas ses phrases, persévère longuement dans l'expression des mêmes idées. La lecture est difficile, l'orthographe incorrecte.

Le moindre stimulus extérieur exagère encore le *trouble de l'attention*. Tout est prétexte à distraction et l'intérêt ne s'attache guère qu'aux détails de l'ambiance.

Le cours des idées est assez souvent ralenti, phénomène que le sujet ressent comme un vide idéique mais dans les euphories de type hypomaniaque, il peut être accéléré ou variable d'un moment à l'autre.

Nous avons observé quelques épisodes *confusionnels* avec obnubilation, bradypsychie, perplexité, désorientation temporo-spatiale, et parfois même, ce qui présente un intérêt tout particulier, reviviscences sur un mode onirique de scènes traumatisantes ou de souvenirs d'enfance.

Même dans les cas où l'obnubilation semble légère, il existe des *troubles importants des structures temporelles*. L'évaluation objective de la durée est habituellement perturbée, le plus souvent dans le sens d'un allongement. Il est probable que les troubles de l'attention, l'inertie, le désintérêt pour les contingences extérieures jouent ici un rôle primordial. L'estimation subjective du temps vécu est profondément altérée, montrant bien la valeur de la distinction entre le temps objectif et social, celui de l'horloge, et le temps subjectif ou autistique correspondant au sentiment de la durée. Les dérèglements de l'humeur, les modifications de l'ambiance, les sensations de transformation corporelle, les perturbations du contact avec autrui et le monde extérieur, les modifications des afférences auditives et visuelles contribuent à donner à ce Temps Vécu une signification, un sens, une densité, un mouvement ou une fixité, parfois même un caractère d'intemporalité.

3) *Le contact avec le monde extérieur.*

Nous avons observé des modifications de la perception spatiale : augmentation de la profondeur du champ visuel, altération des perspectives, modifications des volumes et des formes, mais parfois c'est toute l'ambiance qui devient bizarre ou irréelle ; les objets prennent une densité extraordinaire. Ils peuvent même se charger de significations péjoratives ou menaçantes.

Dans d'autres cas le sujet peut se détacher du réel pour se replier sur lui-même. Il est accaparé par ses visions colorées ou par ses souvenirs. Son désintérêt s'accompagne d'un sentiment d'absurdité, d'ina-

nité du monde et de ses valeurs. Il oublie la présence de l'observateur ou la ressent péniblement. L'expérience vécue lui apparaît comme incommunicable et l'incompréhension du médecin est perçue tantôt avec une résignation amusée, tantôt avec irritation. Souvent, il en résulte un comportement d'opposition, mais souvent aussi, à la fin de l'épreuve, le sujet éprouve un besoin très vif de raconter l'expérience et de parler de lui-même.

4) *Le comportement varie beaucoup au cours de l'expérience.*

Tantôt le sujet est subexcité, déambule dans la pièce, tapote sur les murs, manipule les objets, éclate de rire sans raison apparente ou pour des motifs futiles. Tantôt, au contraire, il est hypotonique, prostré, ses mouvements sont lents et peu nombreux ; il se fixe dans une attitude presque catatonique.

5) *Les phénomènes psychosensoriels.*

Ils constituent un des aspects les plus spectaculaires de l'expérience mais sont loin d'être constants.

C'est dans la *sphère visuelle* qu'ils sont le plus remarquables. La coloration des objets, des ombres de la lumière se modifie, l'intensité des teintes varie d'un moment à l'autre par bouffées qui semblent parallèles aux modifications de l'humeur et aux perturbations vasomotrices. Les sujets insistent sur le caractère nouveau de ces perceptions : pureté, intensité, brillance « jamais rencontrées » jusqu'alors. Ils en tirent une jouissance esthétique et ils leur attribuent une valeur affective, le plus souvent de douceur et de bienveillance, voire de générosité.

Les illusions consistent en modifications des contours et des angles, transformations des volumes, des visages. La plus fréquente de ces illusions nous paraît être l'impression de mobilité des objets, « les portes s'ouvrent, l'armoire ou le matelas respirent ». Il s'agit en effet très souvent de mouvements lents et rythmiques.

Les hallucinations et les hallucinoses visuelles ne sont pas plus fréquentes dans l'obscurité que dans la lumière mais elles apparaissent surtout lorsque le sujet cligne ou ferme les yeux. Elles sont très souvent mobiles, variables dans leur coloration et leur intensité, elles fascinent le sujet qui prend un plaisir évident à les contempler.

Il s'agit de cercles, d'arc-en-ciel ou d'arabesques colorées, d'images kaléidoscopiques variées aux tonalités chaudes, parfois de motifs décoratifs rappelant « les tapis d'Orient, les dessins mexicains », parfois des figures plus organisées, lettres, mots écrits à l'envers, paysage, tête de Christ...

Les manifestations auditives ne sont pas rares :

surtout l'hyperacousie qui peut prendre une tonalité agréable, l'audition de certains bruits renforçant l'euphorie ;

les acouphènes à type de sifflement et de bourdonnement ;

les phénomènes illusionnels et hallucinatoires (bruits de cloche, de coquillages, vol de moustiques, pétillement d'un feu, rumeur d'un marché) sont loin d'être exceptionnels.

Signalons la possibilité de *synesthésies audio-visuelles* chez certains sujets où l'audition d'un bruit déclenche des visions colorées ou des scènes oniriques.

Les manifestations gustatives peuvent s'observer. Signalons la possibilité des troubles du goût, hypoesthésie ou dysesthésie, modification de la saveur du tabac.

6) *Les transformations corporelles. La dépersonnalisation.*

Les perceptions cénesthésiques sont profondément altérées. Le sujet se sent rétréci, tassé ou agrandi. Il a l'impression de voler, de flotter, d'être bercé et même assez souvent de partir en arrière. Parfois ses extrémités seules lui semblent étranges, ses mains sont lointaines, bizarres, comme séparées de lui.

Deux fois le sujet exprimait des sentiments de dévitalisation confinant à la négation d'organes.

Les phénomènes de dépersonnalisation sont fréquents. Le sujet normal se sent dédoublé, se regarde jouer un rôle, s'entend rire ou parler. Il évoque spontanément l'idée d'une pièce de théâtre aux décors irréels dans laquelle il serait à la fois acteur et spectateur, les humains qui l'entourent ne sont pour lui que des marionnettes.

7) *Constructions délirantes.*

Elles sont très fréquentes chez les sujets normaux (2/3 des cas). Elles s'imposent à eux par leur évidence même s'ils en tentent une critique immédiate :

interprétation péjorative des mimiques et des gestes de l'entourage considéré comme hostile ;

interprétation des transformations de l'ambiance appréhendées comme menaçantes. Le sujet peut conférer aux objets un pouvoir magique, des intentions bienveillantes ou malveillantes ;

rapprochement entre la situation actuelle, les états affectifs antérieurs, dont l'identité apparaît au sujet d'une évidence immédiate. Découverte de coïncidences bizarres, de significations jusqu'alors cachées, création d'un système cosmologique.

8) *Réminiscences.*

Il est remarquable que la drogue paraisse stimuler la « mémoire affective ». C'est un des aspects les plus intéressants parmi les effets de la psilocybine. Les stimuli sensoriels, en particulier auditif, font surgir, par une résonance affective, des souvenirs d'enfance, des faits

traumatisants plus récents. Il s'agit parfois de simples *réminiscences* où les scènes sont remémorées dans le même contexte émotionnel ou elles avaient été primitivement vécues. Mais parfois il s'agit de véritables *reviviscences,* le passé est vécu comme présent, le monde extérieur s'évanouit. Dans quelques cas le sujet donne à l'observateur le rôle des personnages importants du souvenir.

Conclusion et perspectives thérapeutiques.

L'ensemble des résultats que nous avons rapportés nous permet de classer la psilocybine parmi les drogues psycholeptiques, c'est-à-dire celles qui sont susceptibles de déterminer une « psychose artificielle » avec distorsion dans l'appréciation des valeurs de réalité et déviation délirante du jugement. La comparaison avec les effets des autres drogues du même type est assez malaisée. Il nous semble cependant que la mescaline est plus hallucinogène, le LSD plus dépersonnalisant. Quant à nous, le véritable intérêt de la psilocybine nous paraît lié à ses possibilités d'utilisation thérapeutique. La levée des réticences, l'évocation sur un mode cathartique de souvenirs oubliés, l'abréaction émotionnelle qui l'accompagne permettent une exploration plus profonde de la personnalité. Mais elles contribuent également à créer entre le malade et le médecin un contact affectif qui a une grande importance si une psychothérapie ultérieure est décidée. Nous publierons ultérieurement nos résultats mais nous pouvons déjà affirmer qu'il est possible d'utiliser, dans une perspective thérapeutique, les bouleversements psychologiques produits par la crise due à la psilocybine.

Discussion

M. Sutter. — Les faits qui viennent d'être rapportés nous donnent de nouveaux et précieux renseignements sur les corrélations entre les formules chimiques des produits médicamenteux et leurs effets psychologiques. Il est en effet remarquable de constater, en regard de différences chimiques parfois considérables et d'effets physiologiques qui, eux non plus, ne sont pas superposables, la quasi-similitude des réponses psychologiques.

Certes, le noyau indolique paraît avoir un pouvoir psychodysleptique assez remarquable, mais il ne figure pas, par exemple, dans la formule des alcaloïdes actifs du haschisch et l'on sait que des expériences du type « hallucinogène » peuvent être provoquées par les produits les plus divers (salicylate de soude, primiclone, association phénergan-dolosal, etc.).

Cet apparent paradoxe s'explique sans doute par le fait que les produits utilisés agissent, non point par imprégnation directe des structures nerveuses, mais en interférant dans le métabolisme d'une substance de grande importance pour le fonctionnement neuronal : adrénaline, ou plus vraisemblablement sérotonine.

M. Leyritz. — Il semble *à priori* que la phosphorylisation du noyau indol doive entraîner une augmentation de sa valeur énergétique et vraisemblablement, de ce fait, un effet psychotonique.

M. Minkowski. — Il n'est guère possible d'indiquer dans une brève intervention toutes les données intéressantes qui viennent de nous être pré-

sentées. L'attention est attirée par exemple par « l'hyperacousie agréable » qui sort de l'ordinaire, si l'on peut dire, en ce sens que, dans la clinique courante, l'hyperacousie constitue une expérience pénible, accompagnée d'habitude d'angoisse.

La discussion de la façon dont est vécu le temps au cours de ces expériences se situe dans le prolongement de celle qui a suivi l'auto-observation que nous a présentée M. Jean Delay à l'une de nos précédentes réunions. J'ai retenu, de l'exposé d'aujourd'hui, surtout les variétés concernant la manière de vivre le passé, tantôt sous forme d'une simple réminiscence, tantôt « comme s'il était présent ». Des données de cet ordre nous ramènent à la phénoménologie du temps vécu en général, et du passé en particulier. Nous pouvons, certes, réciter une leçon apprise et à cette occasion constater, le cas échéant, des défaillances de la mémoire.

Mais nous pouvons aussi revivre le passé, ou encore vivre dans le passé, comme d'autre part nous pouvons prendre conscience, en dehors de tout souvenir précis, du mouvement que la vie dessine vers le passé, allant se perdre dans la brume des temps. C'est dire jusqu'à quel point le passé, comme le présent et l'avenir du reste également, ne saurait être conçu sous une forme linéaire, si l'on peut dire, mais comporte des aspects différents.

Quelques observations de psychoses nuptiales chez des musulmans d'Algérie, par MM. J.-M. Sutter, R. Susini, Y. Pélicier et G. Pascalis.

Les accidents psychiatriques qui éclosent à l'occasion du mariage ne sont probablement pas exceptionnels. Cependant nos recherches, assez sommaires il est vrai, dans la littérature psychiatrique des dernières années, ne nous ont permis de trouver aucun travail d'ensemble qui leur ait été consacré. C'est pourquoi nous avons jugé utile d'attirer l'attention sur leur grande fréquence chez les musulmans d'Algérie et d'en rapporter quelques observations.

On trouve sans peine une première explication de cette fréquence dans certains traits des coutumes matrimoniales qu'il nous faut brièvement rappeler.

La polygamie est sans doute l'aspect le plus critiqué du mariage musulman. C'est cependant le moins important du point de vue qui nous occupe. Certes le Coran autorise le croyant à contracter quatre unions simultanées ; cependant le Prophète ajoute : « si tu crains d'être injuste, ne prends qu'une épouse », et la tradition rapporte qu'il interdit à Ali, marié à sa fille Fatma, de prendre une seconde femme. Les pays musulmans les plus évolués ont interdit la polygamie. En Algérie, elle est assez peu répandue : en 1948, on estimait à 2 % le nombre des polygames, et sur les 39.000 qui étaient recensés, on n'en comptait guère que 2.000 ayant plus de deux épouses.

Beaucoup plus graves apparaissent les mesures qui restreignent ou suppriment le libre choix et le consentement des époux. *Le mariage forcé* résulte du Djeben : droit du père à contraindre au mariage sa fille même impubère. Sauf au Mzab, un tel mariage n'est pas consommé avant que la fille soit nubile ; ce sont des considérations financiè-

res qui conduisent généralement le père à cette anticipation, car le mari lui verse aussitôt la dot convenue. Les abus de toutes sortes qui résultent de telles dispositions ne sont que trop évidents. Ils sont aggravés du fait que le mariage n'est pas obligatoirement prononcé devant le cadi (qui est à la fois juge et notaire) : surtout dans les campagnes, il est souvent réalisé « à la Fatah », c'est-à-dire devant des témoins qui seuls en assurent l'authenticité et la publicité. La contrainte s'en trouve d'autant facilitée et la fragilité de l'union encore accrue, car la répudiation peut être aussi sommairement réalisée que l'engagement.

Pour être moins révoltant à première vue, *le mariage sans présentation préalable des époux* n'en est pas moins désastreux dans ses effets, d'autant qu'il est beaucoup plus répandu, même dans les villes et dans les milieux relativement évolués. Les futurs époux ne se sont jamais aperçus avant la cérémonie du mariage. L'union est arrangée par les familles, en particulier par les femmes les plus âgées, qui paraissent éprouver une satisfaction quelque peu sadique à perpétuer une tradition dont elles ont été jadis les victimes ; leur choix ne tient guère compte des différences de niveau éducatif et culturel, moins encore des incompatibilités psychologiques.

La femme a peu de recours contre de telles unions et rares sont celles qui retournent se réfugier auprès de leurs parents, car elles craignent tout autant les réactions de leur propre famille, obligée de rendre la dot, que celles de leur époux. Par contre, la répudiation unilatérale est offerte à l'homme : avec ou sans don consolatoire et pour des motifs souvent vagues, l'époux, sur simple demande et dans un délai de trois mois, peut obtenir sa liberté ou, selon une expression imagée couramment employée dans nos provinces, « casser la carte ». La femme divorcée acquiert une certaine indépendance et dans les cas favorables elle fait un second mariage plus avantageux ; mais trop souvent, dans les classes les plus pauvres, elle verse dans la prostitution.

Fort heureusement, diverses circonstances viennent atténuer dans les faits ce qu'une telle législation peut avoir d'inhumain. Tout d'abord sa pleine application s'observe surtout en milieu rural, dans un contexte culturel qui a lui-même très peu évolué depuis les premiers temps de l'Islam ; dans les villes, elle commence à subir diverses atténuations. D'autre part, les qualités individuelles de compréhension et de tolérance viennent tempérer les rigueurs de la loi : la femme musulmane acquiert souvent en pratique une position analogue à celle de la femme occidentale, surtout quand elle est devenue mère, et il n'est pas exceptionnel de lui voir acquérir, au sein de sa famille, une influence prépondérante. Il n'en est pas moins vrai que l'état actuel des coutumes, et tout particulièrement l'absence du libre choix des époux, favorisent les situations psychogènes.

1. — L'établissement par la famille de projets matrimoniaux provoque souvent, chez la jeune fille dont l'avenir est mis en cause, des

manifestations psychologiques et psychosomatiques surprenantes par leur intensité et leur résistance à la thérapeutique. Il est rare que la malade et sa famille révèlent spontanément l'origine de ces réactions « prénuptiales », soit que le rapport leur échappe, soit qu'elles redoutent la réprobation du médecin et hésitent à l'informer. Ces réactions expriment avec des modalités diverses la résistance plus ou moins consciente de la jeune fille, qui n'a pas la ressource d'un simple refus.

Observation. — M... Zehira, 19 ans, est une jeune fille brune, aux traits harmonieux et à la mise soignée. Elle est admise le 11 mars 1959 en état d'agitation atypique ; calmée par trois jours d'isolement et deux électrochocs.

Zehira est née dans la banlieue d'Alger, là où les modes de vie européen et musulman s'interpénètrent le plus intimement. Son père est un petit artisan, sa mère est voilée et ne sort guère. Ses deux frères, plus âgés qu'elle, ont fréquenté l'école et atteint le niveau du brevet élémentaire.

Si Zehira elle-même est parvenue en classe de fin d'études, elle n'a pas obtenu son Certificat. De 6 à 14 ans, elle a d'ailleurs vécu davantage à l'hôpital que chez elle.

Coxalgique, elle est d'abord admise dans un service de chirurgie infantile, puis fait de longs et fréquents séjours dans un sanatorium pour tuberculoses osseuses de la grande banlieue algéroise.

Elle en apprécie le confort, la propreté, qui contrastent avec l'état du foyer familial. Elle y est très choyée par sa tante, hospitalisée dans un pavillon voisin, et par les religieuses. Surtout, et c'est le fait le plus important, Zehira vit pendant plusieurs années au contact immédiat du personnel européen de l'hôpital.

Agée de 14 ans lorsqu'elle rentre chez ses parents, elle est aussitôt voilée et devient plus ou moins la domestique de ses frères. Les années d'hôpital l'ont bien mal préparée à ce sort.

Sa maladie antérieure lui permet d'échapper quelque temps au mariage traditionnel, trop prévisible. Puis un prétendant sérieux se présente, qui est agréé par les parents. Elle ne l'a jamais vu, toute la famille s'opposant à un tel manquement aux usages. Entre Zehira et ses parents, les scènes sont fréquentes, le ton monte. A l'issue d'une discussion plus violente que les autres — entendons qu'elle a été une nouvelle fois battue — Zehira est si agitée qu'elle tente de se tuer ; on la conduit à l'hôpital.

Le tableau clinique est celui d'une psycho-névrose réactionnelle ; confusion mentale discrète, avec un thème onirique : deux femmes, une blanche et une noire, appelant Zehira qui, pour leur échapper, veut se jeter du haut d'un mur. Ce cauchemar hautement significatif est entrecoupé de plaintes : « Laissez-moi mourir ; j'ai trop souffert, mes parents ne me comprennent pas. »

Aussitôt le calme revenu, une subnarcose précise, encore mieux que le récit à l'état de veille, le contenu des affects. Nous en extrayons quelques phrases significatives : « On voulait me marier à un homme que je ne connais pas... mes parents m'ont traitée comme une chose, ils veulent me garder pour me vendre au premier venu ; je ne le veux pas ; s'ils recommencent, je me tue cette fois » (cet épisode a donc bien le caractère d'un chantage, d'un coup de semonce).

L'abréaction achève la guérison. La malade sort peu après.

2. — Les réactions qui suivent le mariage proprement dit sont plus variées. Pour la commodité de l'exposé, nous les avons classées sous trois rubriques : réactions mineures, réactions graves, révélation par le mariage d'une psychose antérieurement méconnue.

a) Les réactions mineures n'ont guère d'intérêt psychiatrique. Qu'il s'agisse de manifestations anxieuses, de troubles gynécologiques, urinaires, digestifs ou cardiaques, leur tableau clinique nécessite rarement l'hospitalisation. Elles ont cependant tendance à se perpétuer sous la forme de ces hypocondries chroniques et désespérantes dont la femme musulmane n'a d'ailleurs pas l'exclusivité.

b) Les réactions plus graves revêtent généralement la forme d'un syndrome confuso-mélancolique ou confuso-maniaque dont le pronostic est bon à brève échéance, tant sont récents les facteurs déclenchants. C'est en effet dans les heures ou les jours qui suivent le mariage que se produisent les troubles. En voici un exemple pittoresque :

Observation. — M... Fatma est âgée de 18 ans. Elle a été admise dans notre service huit jours après son mariage, dans un état d'agitation intense qui a nécessité l'association d'électro-chocs et de neuroleptiques. Calmée au bout de cinq jours, il a été possible d'établir son histoire clinique.

Née en Kabylie, la jeune fille y a vécu jusqu'à 10 ans puis est venue s'établir à Staouéli, petite localité située à 25 km. d'Alger, où le père remplit les fonctions de garde-champêtre. Elle a une sœur, de quatre ans plus jeune qu'elle. Toutes deux ne sont voilées que depuis peu, les femmes kabyles ne portant pas le voile dans leur village.

Lorsqu'elle avait 7 ans, Fatma a été ensorcelée, comme beaucoup de ses petites compagnes, afin de la protéger contre la convoitise des hommes. La cérémonie se déroule de la façon suivante : Après avoir franchi sept fois un ruisseau ou un récipient contenant de l'eau pour purifier les « parties honteuses », la fillette est assise sur un coffre dont le couvercle est cadenassé par un personnage pieux qui récite les formules adéquates. Désormais elle est « fermée ». Lors du mariage, il faut procéder à la levée du sortilège.

Dans le cas qui nous occupe, faute de marabout connaissant les formules, c'est la mère qui a mis en œuvre le rite libératoire. Mais son savoir était insuffisant ; l'interdit n'a pas été levé et Fatma a senti qu'elle ne pouvait pas avoir de relations avec son mari. Lorsque la belle-mère a demandé à voir la chemise de sa bru, elle n'a pu y constater la preuve sanglante de la défloration. Les suites furent assez mouvementées, chaque partie accusant l'autre jusqu'au moment où la jeune mariée commença à s'agiter.

c) De pronostic beaucoup plus grave sont évidemment les psychoses révélées par le mariage. Les conditions mêmes de ce dernier rendent peu évitable l'union de sujets anormaux dont la maladie éclate à cette occasion.

Le diagnostic précoce est difficile tant sont comparables les formes initiales des réactions nuptiales. L'exemple suivant est très caractéristique :

Observation. — K... Fadila, âgée de 20 ans, a été hospitalisée dans notre service le 12 mars 1958. C'est une jeune citadine, scolarisée jusqu'à l'âge de 13 ans, grande lectrice de romans policiers ; le père est propriétaire d'une boucherie ; le mari, âgé de 22 ans, est employé de bureau.

La jeune Fadila a toujours eu une santé satisfaisante ; séparée de sa mère à l'âge de 8 ans, à la suite du divorce de ses parents, ce fut une enfant studieuse et calme. Plutôt timide et réservée, elle était parfois sujette à des rires d'autant plus surprenants qu'ils paraissaient immotivés. Le 11 octobre 1957, Fadila fut mariée sans avoir fait la connaissance préalable de son promis. Voici comment le mari raconte les faits :

« Lors de la nuit de noce, elle n'avait guère l'air timide ; au contraire, elle était très à l'aise et plutôt bavarde. Nous avons parlé ensemble comme si nous nous connaissions de longue date. Elle a refusé gentiment de me céder, prétextant qu'elle avait peur et m'a proposé de ne pas la toucher pendant six mois. Durant les trois premières semaines du mariage, elle jouait un double jeu, voulant à la fois me quitter et rester chez nous. On croyait qu'elle jouait la comédie. Puis son état s'est aggravé : elle avait des hallucinations, supposait qu'on tuait son père, qu'on creusait une tombe pour elle. Elle sentait que j'étais quelque chose pour elle mais ne me reconnaissait pas. Finalement, le 2 décembre, elle enjambe le parapet de la terrasse et tombe de deux étages. »

A la suite de cette chute, Fadila fut atteinte de multiples fractures ; placée dans le plâtre, elle accepta d'abord avec une grande passivité les soins, puis sombra dans le mutisme, l'immobilité et le refus d'alimentation.

Le syndrome catatonique était très caractéristique. Après une courte période de délire, il fut largement amélioré par le traitement à la réserpine, poursuivi pendant sept mois. Fadila est actuellement enceinte...

3. — Chez l'homme, les troubles mentaux du mariage sont sans doute moins fréquents mais très caractéristiques dans leurs symptômes. Ils s'ordonnent autour de deux thèmes principaux : situation conflictuelle résultant d'une mésentente quasi-immédiate entre la jeune épousée et la famille du jeune homme, ou bien difficultés par suite de l'impuissance du mari. Enfin, chez l'homme comme chez la femme, le mariage peut révéler une psychose méconnue. Voici, rapidement résumés, trois exemples correspondant à ces éventualités les plus communes.

Observation 1. — O... Meziane, âgé de 22 ans, est hospitalisé au cours d'un état confuso-anxieux apparu deux mois après son mariage. Le début a été marqué par des scènes de violence à l'encontre de sa mère, de son parâtre et de ses demi-frères.

Après quelques jours de traitement, il est possible de reconstituer l'histoire. Méziane est fils unique ; sa mère est remariée avec un homme faible et sans autorité. Méziane s'est marié sans le consentement de sa mère avec une fille qu'il a connue dans la rue. Sa mère, après une acceptation initiale, n'a pas tardé à rendre la cohabitation impossible. Pour finir, elle a chassé sa bru et exigé le divorce. C'est alors qu'est apparu le tableau confuso-anxieux.

Observation 2. — B... Mohamed est un employé de commerce mozabite, âgé de 24 ans. Il est hospitalisé dans un état de stupeur mélancolique. Les troubles ont débuté quelques jours après son mariage avec une fille de 14 ans qu'il ne connaissait pas.

Jusque-là, Mohamed avait été un garçon timide, sans instruction, quelque peu débile. Il n'avait jamais eu de rapports sexuels et la nuit de noces (ainsi que les suivantes), fut un échec à ce point de vue. Dès lors, son caractère se modifie. Il devient sombre et irritable puis prostré, sans révéler l'origine de ses troubles. Comme dans le cas précédent, l'évolution a été rapidement favorable, sous l'effet de la thérapeutique.

Observation 3. — S... Ahcène, âgé de 29 ans, est manœuvre non spécialisé. Il n'a jamais présenté de troubles mentaux mais est considéré comme bizarre et peu sociable par sa famille. C'est un goitreux, légèrement hypothyroïdien. Son intelligence est au-dessous de la moyenne.

En octobre 1958, son père le marie à une jeune fille de 14 ans. Ahcène accepte cette décision mais ne peut consommer le mariage avec sa jeune épouse qui était, nous dira-t-il plus tard, presque une enfant.

La famille s'inquiète de la mauvaise humeur croissante d'Ahcène, décide de renvoyer la jeune épouse et, quinze jours après la précédente union, le marie avec une femme âgée de 21 ans. Dès lors, les troubles s'accentuent et Ahcène devient agressif, maussade et interprétant. Ce double mariage avait eu raison de l'équilibre précaire antérieur.

Tel que nous le présentent ces observations, le problème des psychoses nuptiales chez le Musulman algérien ne saurait être résolu dans une perspective purement sociogénétique. Chez nos malades, la convergence de facteurs physiologiques, psychologiques et sociologiques est évidente. Mis à part le cas très particulier des schizophrènes dont le mariage déclenche l'évolution clinique, on note souvent dans les antécédents un mauvais équipement tempéramental s'exprimant par une hyperémotivité, une instabilité ou une débilité, des troubles du caractère, un infantilisme affectivo-moral et presque toujours des traits franchement névrotiques. Sur ce terrain, la pression psychogène qu'exerce le mariage s'effectue par deux voies. L'une est en quelque sorte universelle : c'est le déchirement produit par la rupture avec le milieu familial ainsi que le traumatisme sexuel. L'autre est au contraire particulière au mariage musulman et en rapport direct avec son caractère arbitraire et despotique lorsqu'il est réalisé dans les formes traditionnelles. Dès lors, le conflit est inévitable, surtout quand le jeune homme ou la jeune fille ont connaissance de l'aspect plus libéral du mariage occidental. Aussi est-ce dans les villes, là-même où l'interpénétration des civilisations est le plus intime, que les résistances sont les plus fortes et plus nombreux les troubles.

Discussion

M. H. Baruk. — J'ai été vivement intéressé par la communication de M. Sutter. J'ai en effet observé moi aussi un certain nombre de psychoses

nuptiales chez des sujets venus d'Afrique du Nord, pour la plupart israélites. L'un des cas les plus impressionnants a trait à une jeune femme qui, ayant perdu son père avant son mariage, s'est mariée avant d'avoir respecté les jours de deuil prescrits par la religion. Or, le jour de son mariage, les époux ne purent entrer dans leur appartement par suite du blocage de la serrure. La jeune femme, déjà tracassée par le remords, vit dans cet incident un présage. Les débuts du mariage ne furent pas heureux et la jeune femme tomba dans un état de prostration, avec mutisme, stéréotypies, autisme, entrecoupé d'impulsions, qui dura plusieurs années et fit porter le diagnostic de schizophrénie, état qui résista aux thérapeutiques habituelles à cette époque. Mais soudain la malade guérit complètement et cette guérison s'est maintenue complète depuis des années. Il s'agissait d'un complexe de culpabilité. Sans doute, les problèmes des rapports du choix des époux et du rôle des parents se posent-ils, et dans certains cas il existe un conflit entre la tradition de l'autorité des parents et les tendances modernes, conflit évoqué dans la pièce de théâtre émouvante, « Le Dibbouk ». La meilleure solution est une harmonisation de ces deux tendances.

Sur quelques modalités des réponses conditionnées dans l'étude simultanée des réactions motrices des quatre membres, par MM. J. Dublineau, B. Honoré et Mlle Th. Didon.

Nous avons rapporté à diverses reprises le résultat de constatations effectuées en explorant l'activité de l'enfant, à l'aide du conditionnement instrumental, selon une technique décrite antérieurement (1).

L'avantage de cette technique est de permettre une exploration conjointe de l'activité psycho-motrice des quatre membres. Nous avons montré que cette étude avait en particulier son intérêt pour un approfondissement de nos connaissances à la fois dans le domaine de la latéralité et dans celui des syncinésies. Le conditionnement instrumental permet des constatations que ne permettent pas les autres techniques de conditionnement. Dans le présent travail, d'ordre strictement descriptif, nous nous proposons d'apporter un classement des faits observés par nous jusqu'ici.

Rappelons que l'enfant peut mettre en marche un train électrique en ayant le choix de l'un de ses quatre membres, et ce, après apprentissage, à la suite d'un signal sonore ou lumineux conditionnel. Dans ces cas, le conditionnement se manifeste soit dès le début de l'apparition de l'excitant conditionnel, soit dans l'intervalle qui sépare cet excitant de l'excitant absolu.

I. — Conditionnement a renforcement constant

Cette technique permet d'étudier la relation qui existe entre le choix du membre mis en jeu par l'excitant conditionnel et le même choix lorsqu'il s'agit de répondre à l'excitation absolue, c'est-à-dire de mettre le train en marche.

(1) Mêmes auteurs. *Ann. méd.-psych.*, 1958 (II), pp. 522 et 528.

Deux modalités peuvent être envisagées, selon que le conditionnement et la réponse portent sur un seul ou plusieurs membres.

1° *Un seul membre est intéressé.* — Deux situations sont possibles :

a) Dans la première, la plus simple, le membre qui donne la réponse conditionnée est le même que celui qui donnera la réponse à l'excitant absolu. Dans ce cas, les quatre possibilités peuvent être observées (main droite, main gauche, pied droit, pied gauche). La figure 1 donne un exemple de ce type : l'enfant s'est conditionné au niveau du pied droit et déclenche le départ du train avec le même membre.

b) Dans un grand nombre de cas, on observe une dissociation dans le choix du membre entre la réponse conditionnée et la réponse absolue. Un enfant qui se conditionne avec la seule main droite peut ainsi répondre à l'excitant absolu, soit avec la main gauche, soit avec le pied droit, soit avec le pied gauche. S'il se conditionne à la main gauche, il peut répondre avec la main droite, le pied droit ou le pied gauche, etc. La figure 2 donne un exemple de réaction conditionnelle du pied droit, induisant une réponse absolue de la main droite.

Douze situations théoriques (trois par membre) peuvent être attendues. Sur ces douze, onze ont été retrouvées au cours d'investigations portant sur plusieurs dizaines de protocoles. Toutefois, un certain ordre de fréquence paraît devoir s'observer dans ces combinaisons. Par exemple, nous n'avons vu qu'une fois un sujet se conditionner avec la main droite pour actionner le train avec la main gauche. D'autre part, nous n'avons jamais observé de conditionnement du pied gauche suivi d'une réponse de la main droite. Il semble donc que, de ce point de vue, la main droite pose des problèmes particuliers.

2° *Deux ou plusieurs membres sont intéressés.* — Dans ce cas, les situations observées ont été les suivantes :

réponse conditionnelle portant sur un seul membre avec deux ou plusieurs réponses à l'excitant absolu ;

réponse conditionnelle double ou multiple avec une seule réponse à l'excitant absolu.

Qu'il s'agisse de réponses conditionnées ou absolues, la pluralité des réponses peut s'organiser de deux façons, selon que le sujet actionne ses membres simultanément ou successivement.

a) Le cas des réponses simultanées paraît devoir mériter une attention particulière. Il n'est pas rare, en effet, que l'enfant, dans sa réponse, réagisse simultanément avec deux membres à la fois. Tantôt il s'agit des deux mains, tantôt des deux pieds, tantôt du côté droit (main droite et pied droit), tantôt du côté gauche (main gauche et pied gauche). Nous rapportons dans la figure 3 un exemple de réponse syncinétique conditionnée des deux pieds, le pied droit réagissant seul à la suite de l'excitant absolu.

C'est également le seul pied droit que l'on voit répondre à l'excitant absolu, dans la figure 4, où les quatre membres sont mis en jeu par l'excitant conditionnel.

A la figure 5, non seulement l'excitation conditionnelle porte sur les quatre membres à la fois (à quelques fractions de seconde près), mais on voit le sujet réagir par les quatre membres à l'excitant absolu : la

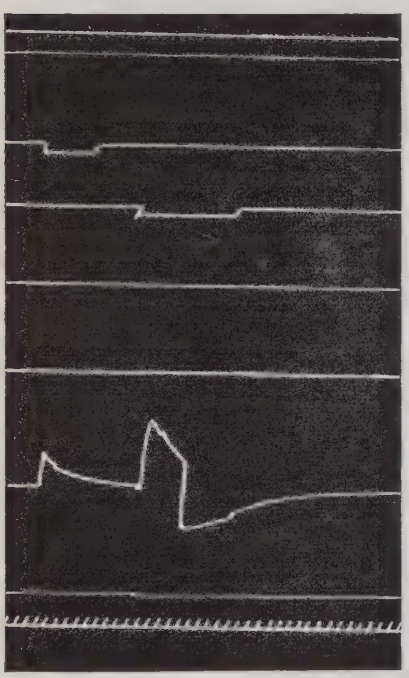


Fig. 1

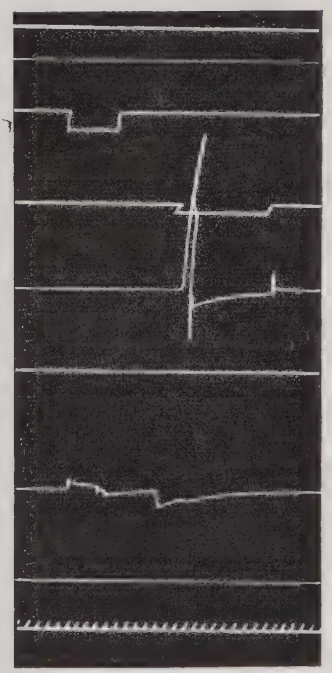


Fig. 2

Légende générale pour les 6 figures

3 *premières lignes :* excitants conditionnels.

4e *ligne :* excitant absolu.

5e, 6e, 7e, 8e *ligne :* réponses des membres (de haut en bas : main droite, main gauche, pied droit, pied gauche).

9e *ligne :* temps en secondes.

main gauche y est la première à réagir. Cette réaction est suivie de réactions secondaires des autres membres (il s'agissait, en l'espèce, d'un gaucher dont nous avons eu l'occasion de publier l'observation antérieurement).

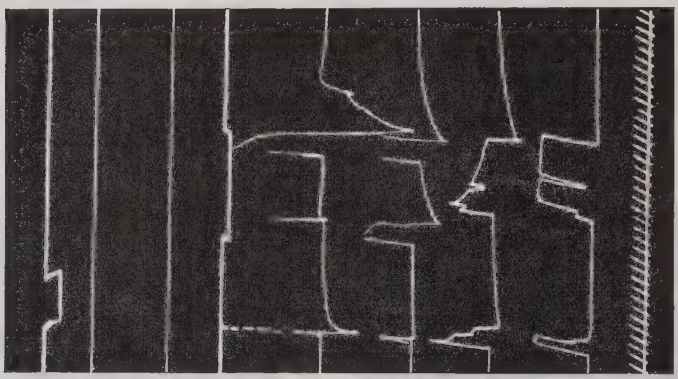


FIG. 5

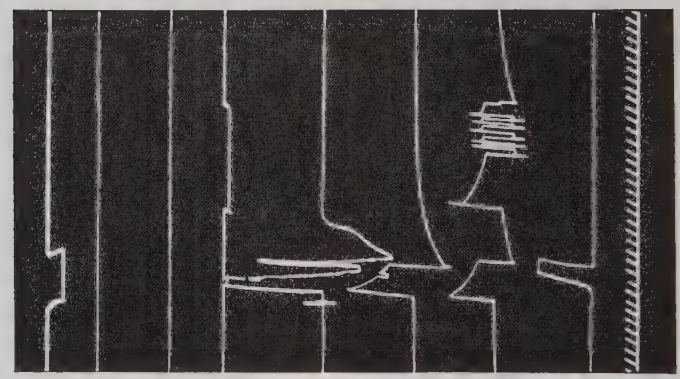


FIG. 4

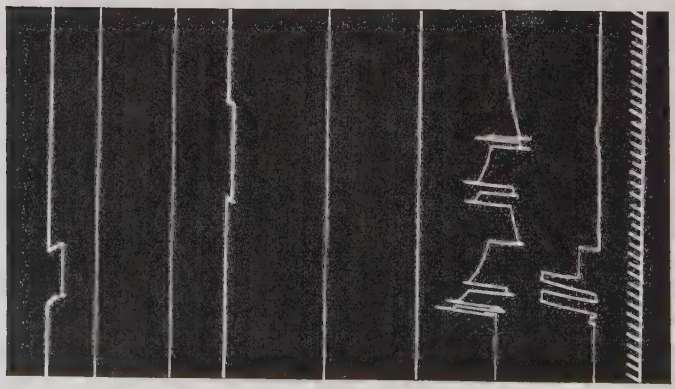


FIG. 3

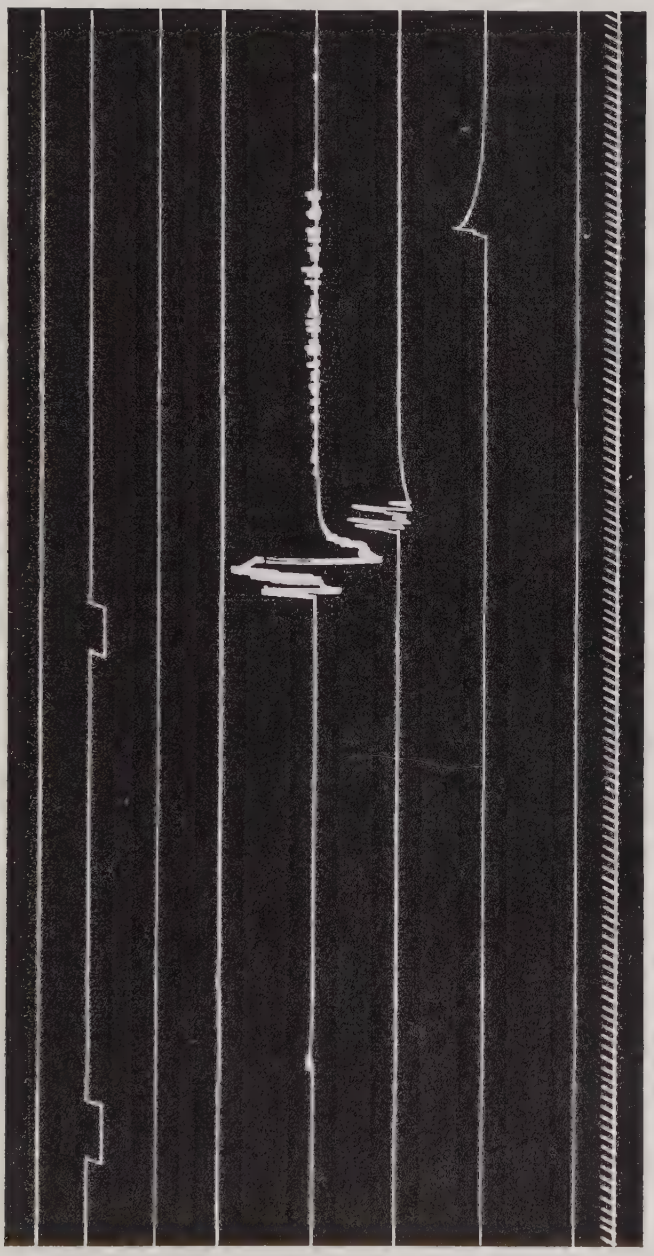


FIG. 6

Dans le cadre des dissociations, nous devons faire une place à part au problème des réactions motrices *différées*. On peut, en effet, observer des réponses tardives, survenant après la fin de l'excitation absolue. Elles traduisent une sorte de libération à retardement de la mise en tension de l'organisme sous l'influence de la combinaison conditionnée.

D'autres combinaisons sont possibles, dont l'inventaire reste à effectuer. L'essentiel est de retenir que l'on peut observer des réponses conditionnées syncinétiques, et que, au cas de réactions conditionnées, il peut y avoir concordance ou discordance entre le (ou les membres) qui ont réagi à l'excitant conditionnel et celui (ou ceux) qui réagissent à l'excitant absolu. Des syncinésies s'observent également dans les excitations compensatrices qui suivent l'apprentissage des « inhibitions » conditionnées.

II. — Conditionnement sans renforcement

Lorsque l'excitant conditionnel n'est pas renforcé par l'excitant absolu, d'autres modalités peuvent être observées, qui constituent une source complémentaire d'observations. Dans cette communication, nous n'apportons que pour mémoire un exemple de réponses de cet ordre, chez un sujet à conditionnement facile. Comme on l'observe sur la figure 6 (excitant conditionnel lumineux sur la seconde ligne du graphique), il existe successivement, en l'absence de renforcement :

a) une réponse faible de la *main droite* survenant peu après la fin de l'excitant conditionnel ;

b) une réponse plus forte de la même main à une nouvelle présentation de l'excitant conditionnel. Cette réponse est suivie de deux autres, l'une de la main gauche, puis (différée d'environ quarante secondes après la fin de l'excitant conditionnel) une réponse du pied droit.

Etude du fonctionnement hépatique au cours des cures par l'iproniazide, par M. G. Boittelle, Mme J. Rousseau et M. Markovitch.

A une récente séance, nous vous avons rapporté, ainsi que le Professeur Delay et Deniker, les premiers résultats cliniques sur l'emploi de l'iproniazide ou marsillid dans le traitement des états dépressifs. Ces deux communications montraient l'intérêt de cette drogue, qui a permis de guérir des mélancolies rebelles aux autres thérapeutiques, mais nous insistions sur la possibilité d'une atteinte hépatique consécutive

à l'admission de ce produit, un certain nombre d'accidents ayant été signalés aux U.S.A.

Nous avons effectué dans notre service de Villejuif et au laboratoire du Professeur Malangeau, des bilans hépatiques, le plus complets possible, chez vingt malades traitées la plupart pendant trois mois par des doses d'iproniazide variant de 100 mgr. à 150 mgr. par jour. Toutes ces malades étaient âgées de plus de cinquante ans et plusieurs avaient présenté de petits incidents d'insuffisance hépatique. Nous rappelons que les doses de 150 mgr. n'étaient données que progressivement si aucun trouble tensionnel en particulier n'accompagnait la cure. Nous prescrivons 50 mgr. pendant quatre jours, puis 100 mgr. pendant deux ou trois semaines avant de passer à 150 mgr.

Les épreuves constituant les bilans hépatiques se divisent en dosages des protéines et des lipides et en réactions de floculation. Nous savons que pour ces dernières plusieurs tests sont indispensables et que seul un faisceau de résultats peut avoir une valeur.

Nous pouvons tirer de ces résultats un certain nombre d'enseignements :

onze malades sur vingt n'ont pratiquement pas présenté de modification de leurs tests avant et après le traitement ; toutefois, au bout du premier mois, six de ces malades ont eu des tests un peu perturbés au bout d'un mois, avec retour à la normale ; chez une seule un test un peu moins bon a été observé au bout de deux mois, mais là encore retour ultérieur à la normale ;

six ont fourni au départ des tests traduisant une insuffisance hépatique ; un seul bilan est un peu plus détérioré en fin de traitement sans d'ailleurs aucun signe clinique ; deux n'ont vu aucune modification de leurs tests pendant la cure et trois ont fourni des épreuves hépatiques nettement meilleures en fin de traitement qu'au début. L'épreuve qui fut la plus modifiée semble avoir été le rapport $\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{procholestérol total}}$. Un fait assez notable est que, lorsque les protéines sont un peu perturbées, il y a généralement une amélioration parallèle des lipides ou vice versa. Les γ-globulines, dont les variations sont très sensibles lors de l'insuffisance hépatique, ne sont que peu modifiées au cours du traitement.

Nous avons donc déduit de cette étude portant sur vingt malades qu'il y a une certaine perturbation du fonctionnement hépatique au cours du traitement, mais son intensité est des plus modérées et existe surtout après un mois de prise du médicament avec retour ultérieur à la normale.

		Protéines totales	Albumine	Globuline	A/G	Test de Gros	Test Hanger	Test Kunkel zinc	Test Maclagan	Lipides totaux	Cholestérol total	Cholestérol estérifié	Rapport E/T	Protéinogramme
Mme E.	avant	77	41	36	1,20	2,25	0	33	2		2,80	2,20	0,78	
	après 2 mois	76	44	32	1,37	2,25	0		22	10	2,40	1,36	0,54	
	après 3 mois	74	49	25	1,96	9,35	0	30	9,45	5,50	3	1,25	0,41	
Mme M.	avant	77,5	41	36,5	1,10	1,85	0	61	9,5		2,25	1,05	0,46	
	après 2 mois	74	48	26	1,84	2,10	0		21	7	2,20	1,40	0,63	
	après 3 mois	74	49	25	1,96	4,9	0	56	17,7		3,46	1,15	0,33	
Mme R.	avant	72	48	24	2		+	25			2,85	1.30	0,51	
	après 1 mois	68	40	28	1,43	2,1	++	18,9	8,4	5,5	1,60	1,20	0,75	
	après 2 mois	75	42	33	1,27		+		20	7	2,50	1,70	0,68	
	après 3 mois	74	43	31	1,40	2,5	0	37,8	8,4		2,25	1,65	0,72	
Mme S.	avant	77	46	31	1,48	3	++	26	12,6	8	2,65	2	0,70	
	après 1 mois	74	49	25	1,96		++		20	15	2,60	1,50	0,57	
	après 1 mois et demi	74	43	31	1,40	1,8	0	37,8	18,9		2,25	1,80	0,80	normal
Mme R.	avant	76	44	32	1,35		++	50	24		1,90	1,70	0,89	
	après 6 semaines	80	50	30	1,66	1,2	+	21	8,4	8	1,75			légère augmentation des γ globulines
Mme Ro.	avant	76	46	30	1,53		++	36	17	10	2,30	1,27	0,55	
	après 1 mois	64	40	24	1,66		+	29,4	6,3		1,80	1,10	0,61	
	après 2 mois	67	41	26	1,57		++	37	8,4		2,15	1,35	0,62	
Mme B.	avant	79	50	29	1,70	2,6	++	29	2		2,25	1,2	0,53	
	après 1 mois	80	42,5	37,5	1,13		++	36,8	12,6		1,05	1,05	0,76	
	après 2 mois	70	38	32	1,18	6,4	+	44	14,7		1,40	1,40	0,63	

Mme Bet.	avant	60	30	30	1	1,45	+		6,3	7,9	1,80	1,10	0,66	augmentation des D_2 et B_1 globulines
	après 1 mois	64	30	34	0,88	2	+		22		1,80	0,70	0,38	
	après 2 mois	64	35	29	1,20		−	35,7	6,3	8,5	1,75	1,10	0,62	
Mme Ch.	avant	76	48	28	1,71		0	27,3	8,4		2,65	1,60	0,60	
	après 1 mois	75	45	30	1,5	3	+++			10	2,60	1,70	0,65	
	après 2 mois	74	44	30	1,46		+	33	15		2	0,80	0,40	
	après 3 mois	77	52	25	2,08	10	0		4,2	8	3,75	1,40	0,38	
Mme Fr.	avant	68	37	31	1,19		+++	88	31		1,75	1,20	0,67	
	après 2 mois	84	47	37	1,27	1,5	+++	31	8,4	3,5	1,12	0,70	0,62	augmentation des γ globulines
	après 3 mois	72	36	36	1	1,5	+++		15	7	1,40	0,60	0,43	augmentation des γ globulines
	après 4 mois	75	40	35	1,14	7,15	+		12,6		1,85	0,90	0,48	normal
Mme P.	avant	78	43	35	1,2		+++	84			2,25	1,45	0,70	
	après 1 mois	84	52	32	1,62	2	++	29,4	10,5	7,5	1,65	1,15	0,69	normal
	après 2 mois	78	34	44	0,77	1,18	+++		15	10	2,10	1,30	0,61	augmentation α et γ globulines
	après 3 mois	82	46	36	1,27	5,25	0		9,45	6,5	1,90	1,30	0,73	normal
Mme V.	avant	72	41	31	1,30	2,1	++	18,9	29,4	9	2,18	1,35	0,61	
	après 1 mois	64	36	28	1,30		−	25	6,3		2,40	1,40	0,58	
	après 2 mois	70	41	29	1,40	4,8	−	25	6,3		2,45	1,50	0,61	
Mme T.	avant	74	42,5	31,5	1,35		+++	25,2	12.6		2,60	1,60	0,53	
	après 1 mois	60	28	32	0,70		++++	36	3		2,50	1,85	0,74	
	après 2 mois	76	42	34	1,23	3	+++	29,4	29,4	7	1,65	0,80	0,48	
	après 3 mois	74	45	29	1,53	2	++		21	9,5	2,50	1,80	0,72	
	après 4 mois	69	39	30	1,30		−	27,3	8,4		2,28	1,55	0,67	
Mme Ter.	avant	72	32	40	0,80	1,65	++		8,5	5,5	2,10	1,10	0 52	
	après 1 mois	72	45	27	1,66	1,5	++		1,5	10	2	1,10	0,55	augm. lég des α et γ globulines
	après 2 mois	76	32	44	0,72		+	71,4	14,7		1,85	1,20	0,64	

		Protéines totales	Albumine	Globuline	A/G	Test de Gros	Test Hanger	Test Kunkel zinc	Test Maclagan	Lipides totaux	Cholestérol total	Cholestérol estérifié	Rapport E/T	Protéinogramme
Mme S.	avant	66	43,5	24,5	1,80			21	4		2,80	1,58	0,60	
	après 1 mois	72	44	28	1,57	1,80	+	12,6	4,2	7	2,40	1,40	0,58	normal
	après 2 mois	70	45	25	1,80	2,75	+		13,5	7	2,70	1,50	0,55	
	après 3 mois	72	47	25	1.88	6,4	0		6,3	7	3,70	1,80	0,49	normal
Mme G.	avant	82	45	37	1,25	2,2	+++		14,7	6	2,50	1,60	0,64	augmentation α et γ
	après 1 mois	75	41	34	1,20		++	44	12,6		1,90	1	0,52	
	après 2 mois	70	37	33	1,10	1 8	++	44	13,5	8	2,25	1,75	0,77	retour à normal
Mme V.	avant	65	35	30	1,2		0	44	5		2,18	1,38	0,63	
	après 1 mois	68	34	34	1	2,3	++	21	21	5	1,90	0,80	0,50	
	après 2 mois	74	40	34	1,17		0	33,6	14,7		2,50	1,40	0,56	
	après 3 mois	70	36	34	1,05		0	42	16,8		2,50	1,75	0,7	
Mme L.	avant	84	50	34	1,47	1,8	++	18,9	8,4	7	1,96	1,10	0,56	
	après 1 mois	68	40	28	1,42		+	37,8	4,2		2,25	1,30	0,57	
	après 2 mois	72	43	29	1.50		−	42	6,3	9	2,10	1,30	0,61	
Mme G	avant	60	30	30	1		+++	40	9		2,05	1,40	0,68	
	après 1 mois	80	42	38	1,10	1,8	+	23	14,7	5,5	1,22	0,8	0,68	
	après 2 mois	74	44	30	1, 6		−	39	7		2,20	1,25	0,57	
	après 3 mois	82	49	33	1,48		−	35	12	7	1,75	1,40	0,80	
Mme B.	avant	79	43,5	35,5	1,20	2,7	+	29			3,20	2,50	0.78	
	après 1 mois	75	47	28	1,67		++	42	5		2,64	1,55	0,67	
	après 2 mois	67	22	45	0,50	1,5	−	38	6,3	8,5	1,85	1	0,54	
	après 3 mois	74	42	32	1,30		−	34	14		3,30	1,50	0,45	
	après 4 mois	70	41	29	1,40		−	35	4,2		3,20	2,50	0,78	

Action du tofranil (G. 22.355) sur l'électroencéphalogramme,

par MM. P. Borenstein et M. Dabbah

L'apport de l'électroencéphalographie dans l'étude des neuroleptiques est d'une telle importance, comme nous l'avons déjà signalé avec de nombreux auteurs et comme nous le verrons d'ailleurs à nouveau aujourd'hui, que toute étude portant sur une nouvelle drogue ne devrait être entreprise que sous son contrôle régulier et systématique.

Nous présentons dans ce travail l'étude électroencéphalographique du G. 22.355 (tofranil) qui a été faite parallèlement à son étude clinique dont nous rapporterons les résultats dans une prochaine communication.

Le seul travail que nous ayons trouvé dans la littérature et qui signale des modifications électroencéphalographiques sous l'effet du tofranil est celui de Verdeaux, qui dans la communication de J. Delay, P. Deniker et collaborateurs (1) rapporte « qu'il apparaît en général chez les malades soumis à des doses dépassant 75 mgr. une augmentation très nette de l'amplitude du rythme alpha de base ou une resynchronisation de celui-ci lorsqu'il était désynchronisé ou de bas voltage au départ ». Il signale de plus qu'avec l'augmentation des doses « il apparaît une tendance à l'hypersynchronisme, le tracé prenant peu à peu un aspect pointu et irritatif ».

Nous avons étudié l'action du tofranil sur les rythmes cérébraux, d'une part après injection intramusculaire d'une dose unique du produit, et d'autre part régulièrement au cours d'un traitement continu d'une durée de deux mois environ.

Rappelons brièvement que notre technique d'examen a toujours été la même :

Choix de malades n'ayant pris aucune drogue susceptible de modifier les rythmes cérébraux.

Enregistrement des tracés avec un appareil à dix plumes en utilisant la méthode bipolaire avec une vitesse de déroulement de 15 mm. par seconde et une amplification de 50 microvolts correspondant à 5 mm.

Quatre séries de montages : longitudinal à courte et grande distance inter-électrode, transverse, circulaire.

Activation standard : réaction d'arrêt, hyperpnée provoquée (4 minutes) et stimulation lumineuse intermittente (fréquence de départ : 3 éclats simples par seconde avec progression croissante par unité jusqu'à 25 et décroissante jusqu'à 0 par la suite).

Dans les cas où nous avons étudié les modifications se produisant immédiatement après une injection unique du produit, les examens se sont déroulés de la façon suivante : la dose de 50 mg. (deux ampoules) de tofranil utilisée pour cette étude a été évaluée par tâtonnement. Nous avons en effet

(1) *Ann. méd.-psych.*, mars 1959, t. I, n° 3, pp. 521-531.

constaté d'une part qu'une dose de 25 mg. (une ampoule) produisait des modifications non constantes et que, d'autre part, dans les cas où une activation était obtenue avec une dose de 50 mg., la reprise de l'examen avec une dose plus élevée (75 mg.) ne modifiait en aucune façon les résultats déjà obtenus.

Après l'injection du produit, nous avons effectué chez huit malades des enregistrements répétés pendant trois à quatre heures, ce qui nous a permis de constater que l'effet maximum se produisait dans la demi-heure qui suivait l'injection et qu'il s'estompait au bout de 90 minutes environ. Aussi, chez les autres malades, la fréquence des examens s'est effectuée de la façon suivante : un enregistrement avant l'injection, un autre 30 minutes plus tard, et un troisième au bout de 90 minutes environ.

Signalons que les seuls incidents que nous ayons notés au cours de cette étude sont des vomissements, qui sont apparus chez six malades 30 minutes après l'injection.

Dans les cas où nous avons suivi l'action du tofranil sur les rythmes cérébraux au cours d'un traitement régulier et continu de deux mois, la fréquence des examens était la suivante : un enregistrement avant le début du traitement, un second le premier jour, un troisième le 8e jour, puis un autre le 15e jour, le 30e jour, le 45e jour et le 60e jour après le début du traitement. Signalons que, chez cinq malades, des enregistrements quotidiens ont été effectués pendant les huit premiers jours du traitement.

Modification de l'électroencéphalogramme après injection intramusculaire d'une dose unique de 50 mgr. de tofranil :

Cette étude porte sur un groupe de 110 malades dont l'âge varie entre 18 et 70 ans (comprenant de plus 6 enfants de 9 à 13 ans) qui présentaient au point de vue clinique, comme nous le verrons par la suite, des syndromes divers.

Sous l'effet de cette injection unique du produit, nous constatons :

l'absence de toute modification aussi bien des rythmes électriques que des épreuves d'activation standard (hyperpnée et S.L.I.) dans 26 cas (rythme de fond prédominant alpha 13, thêta 3, delta 2, rythmes rapides 8) ;

une augmentation de voltage plus ou moins importante accompagnée en général d'un léger ralentissement de la fréquence des rythmes de fond dans 36 cas (rythme de fond alpha 23, thêta 6, delta 1, rythmes rapides 6) ;

une activation des rythmes dans 48 cas (rythme de fond alpha 15, thêta 27, delta 2, rythmes rapides 3). Cette activation, qui s'accompagnait d'une augmentation de voltage dans 37 cas, comprenait :

un appauvrissement en rythmes de fréquence alpha, qui prenait parfois un aspect dysrythmique, pointu (2 cas) ;

une accentuation importante des anomalies électriques (rythme lent) qui existaient dans le tracé de repos (14 cas) ;

une accentuation des localisations électriques sans diffusion dans 3 cas, avec diffusion à l'hémisphère opposé dans 2 cas ;

une apparition de rythmes lents au niveau des dérivations antérieures fronto-temporales surtout (6 cas) ;

l'apparition d'une localisation électrique dans 2 cas seulement ;

l'inscription de pointes-ondes typiques et dégradées de grande amplitude, accompagnées parfois de rythmes lents thêta-delta hypersynchrones dans 18 cas ;

un entraînement à la stimulation lumineuse intermittente avec inscription de pointes, pointes-ondes typiques ou dégradées avec accentuation des anomalies préexistantes dans 8 cas, des pointes-ondes typiques et dégradées accompagnées de myoclonies, secousses musculaires dans 14 cas ;

la réaction d'arrêt, positive au départ dans tous les cas, n'a été modifiée chez aucun malade.

Il ressort donc que l'injection intramusculaire de 50 mgr. de tofranil produit, dans la demi-heure qui suit : une activation importante des tracés dans 44 % des cas, une simple augmentation d'amplitude accompagnée parfois d'un léger ralentissement du rythme de fond dans 32 % des cas, et aucune modification dans 24 % des cas seulement.

En classant nos résultats en fonction des rythmes de fond existant avant l'injection du tofranil, nous constatons que :

Dans le cas où l'alpha est le rythme prédominant (51 cas), l'absence de toute modification dans 13 cas, une augmentation d'amplitude avec parfois léger ralentissement de la fréquence des rythmes dans 23 cas et une activation des tracés dans 16 cas. Cette activation se traduit par : l'apparition de pointes-ondes dans un cas, une accentuation des anomalies préexistantes dans 4 cas (bouffées de rythmes lents dysrythmiques), un appauvrissement en alpha avec inscription d'un alpha pointu dans 2 cas, une baisse de voltage dans 1 cas, une apparition de rythmes lents dans 4 cas, des pointes-ondes à la S.L.I. dans 11 cas s'accompagnant 6 fois par des myoclonies.

Quand le rythme de fond prédominant est formé d'un thêta (37 cas), nous notons l'absence de toute modification dans 3 cas, une augmentation d'amplitude dans 6 cas et une activation des tracés dans 28 cas : apparition de pointes-ondes et thêta-delta hypersynchrone dans 17 cas, augmentation des anomalies préexistantes dans 10 cas, apparition d'une localisation électrique dans 1 cas et une accentuation d'une localisation préexistante dans 3 cas, une diffusion à l'hémisphère opposé d'une localisation dans 2 cas, une apparition de rythmes lents dans 1 cas, des pointes-ondes uniquement à la S.L.I. dans 3 cas et des myoclonies dans 7 cas.

Quand le rythme de fond prédominant est formé de rythmes rapides (17 cas) nous notons, sous l'effet d'une injection de tofranil, l'absence de toute modification dans 8 cas, une augmentation d'amplitude dans 6 cas et une activation dans 3 cas seulement : accentuation d'anomalies préexistantes 2 fois, apparition d'une localisation électrique et une S.L.I. positive se traduisant par des myoclonies oculo-palpébrales dans 1 cas.

Quand le rythme de fond prédominant est formé d'un delta (5 cas), nous notons l'absence de toute modification dans 2 cas, une augmentation d'amplitude dans 1 cas et une activation dans 2 cas : apparition de rythmes lents dans 1 cas, et dans le deuxième appauvrissement en rythmes et baisse très importante de l'amplitude.

La stimulation lumineuse intermittente, qui était positive dans 13 cas avant l'injection du tofranil (pointes, pointes-ondes typiques et dégradées sans myoclonie), ne l'était plus dans un seul cas, mais l'était, par contre, beaucoup plus dans 3 cas, et s'accompagnait, d'autre part, de myoclonies dans les 9 autres cas. Sous l'influence de cette drogue, la S.L.I. provoquait l'apparition de pointes, pointes-ondes typiques et dégradées dans 7 cas, anomalies qui étaient accompagnées de myoclonies dans 4 cas.

Il ressort donc de cette étude que le tofranil provoque une activation des tracés quel que soit le rythme de fond, mais le fait de façon nettement plus fréquente quand ce rythme est de fréquence thêta (alpha 30 %, thêta 76 %, rythmes rapides 18 % et delta 40 %). Au point de vue sensibilité à la S.L.I., signalons la persistance d'une activation des rythmes électriques quand elle existait déjà, et surtout accompagnant les anomalies électriques (pointes et pointes-ondes), l'apparition de myoclonies oculo-palpébrales ou de secousses musculaires (13 cas) que nous n'avions noté dans aucun cas avant l'épreuve au tofranil.

Si nous classons nos résultats en fonction des syndromes cliniques que présentent nos malades, nous constatons que la réactivité des rythmes cérébraux au tofranil n'est pas la même dans tous les cas. Les 110 malades que nous avons réunis pour cette étude comprennent au point de vue clinique : 56 épileptiques, 7 éthyliques chroniques avec crises convulsives, 14 malades avec troubles du caractère et du comportement, 18 mélancoliques, 10 déments, 4 schizophrènes lobotomisés et un schizophrène ayant présenté, après une injection de 20 unités d'insuline, une crise convulsive généralisée.

Dans le groupe d'épileptiques (56 malades), nous notons, sous l'effet du tofranil, l'absence de toute modification des rythmes électriques dans 5 cas, une augmentation d'amplitude dans 10 cas, et une activation des tracés dans 41 cas : apparition de bouffées de pointes-ondes dans 18 cas, accentuation et diffusion des anomalies préexistantes dans 17 cas (thêta, delta, d'aspect dysrythmique, pointes), accentuation des localisations dans 2 cas, diffusion de la localisation dans 3 cas, S.L.I. positive avec bouffées de pointes, pointes-ondes typiques et dégradées dans 16 cas, accompagnées de myoclonies dans 12 cas. Dans 2 cas les bouffées de pointes-ondes se traduisaient cliniquement par des absences. Etudiés en fonction des rythmes de fond prédominants, les résultats obtenus nous permettent de constater que l'activation se produit surtout dans les cas où le rythme de fond est lent de fréquence thêta (thêta 27, alpha 8, delta 2, rapides 7).

Le second groupe est celui des éthyliques chroniques au nombre de

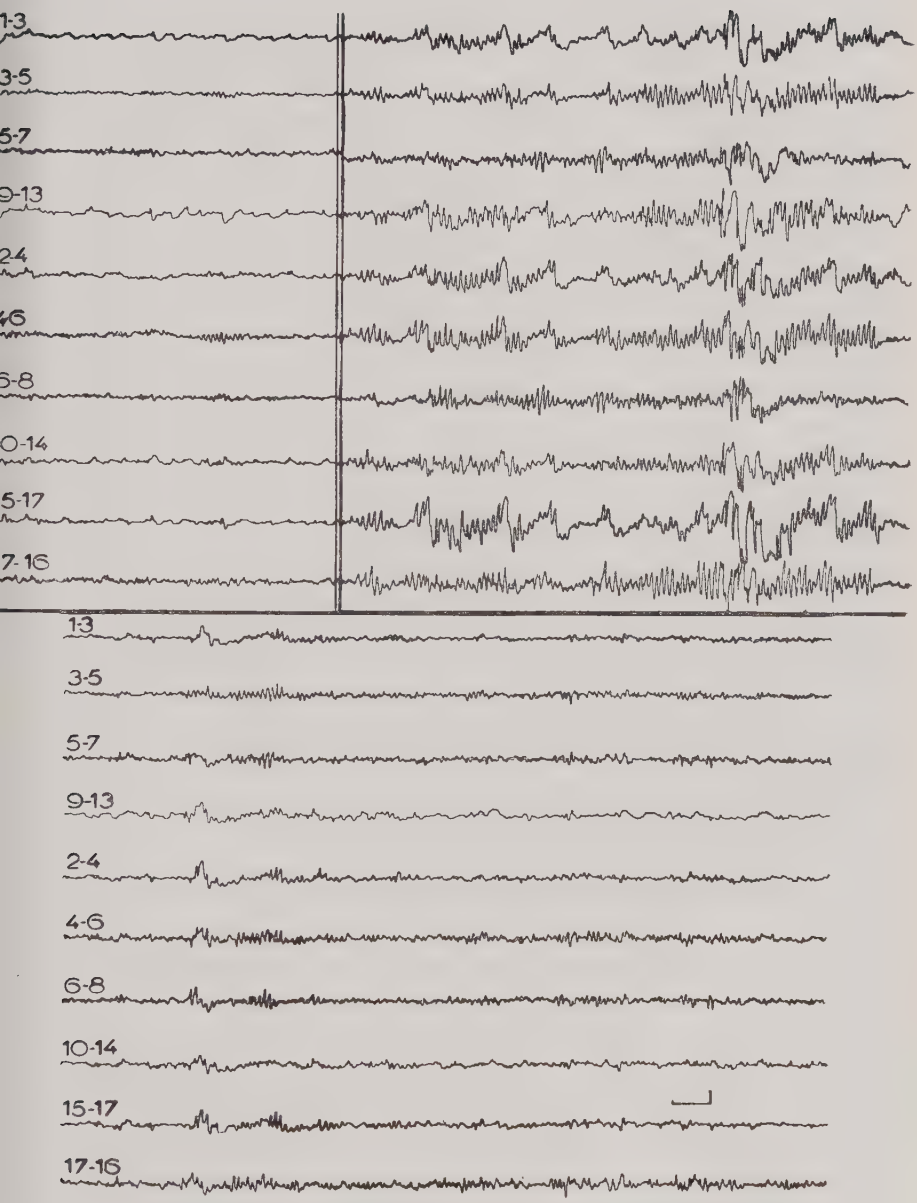


FIG. 1. — Epilepsie. 30 minutes après l'injection intramusculaire de 50 mg. de tofranil, activation des rythmes électriques : apparition de bouffées de pointes-ondes généralisées avec augmentation d'amplitude du rythme de fond et inscription d'un alpha pointu ; une heure et demie après l'injection : retour progressif aux rythmes de départ, avec persistance d'ébauches de pointes-ondes dégradées. (Montage longitudinal à courte distance interélectrodes).

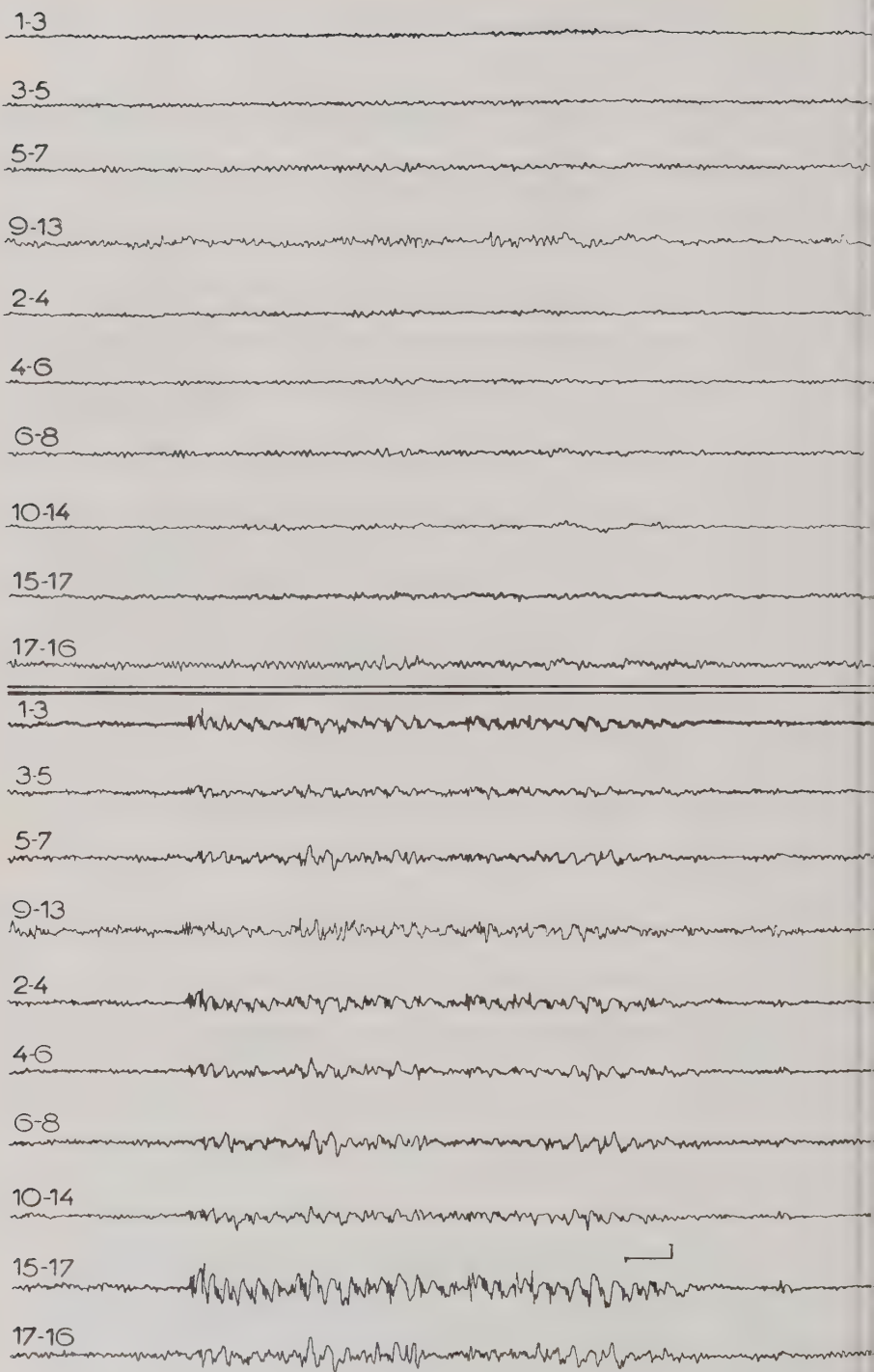


Fig. 2. — Epilepsie. 30 minutes après l'injection du tofranil, apparition de longues bouffées diffuses et bilatérales de pointes-ondes et pointes-ondes dégradées. (Montage longitudinal à courte distance interélectrodes).

7 qui avaient présenté dans les jours précédant l'examen des crises convulsives généralisées. Le rythme de fond prédominant était l'alpha dans 5 cas, le thêta dans 1 cas, les rythmes rapides dans le dernier cas. Sous l'effet du tofranil, nous notons l'absence de toutes modifications dans 1 cas, une augmentation de l'amplitude dans 2 cas, l'apparition de bouffées de thêta dans 1 cas et une activation de la S.L.I. dans 3 cas : 2 fois apparition de pointes, pointes-ondes typiques et dégradées et 1 fois fréquence plus élevée des bouffées de pointes-ondes qui existaient déjà avant l'épreuve et qui s'accompagnent de plus, après l'injection de tofranil, de myoclonies.

Le troisième groupe comprend 14 malades présentant des troubles du caractère et du comportement qui avaient motivé leur placement en milieu psychiatrique. Les tracés se caractérisaient par la présence d'un rythme de fond prédominant alpha dans 8 cas, thêta dans 2 cas, rapides dans 4 cas. Sous l'effet du tofranil nous ne notons pas de modification dans 7 cas, mais une augmentation d'amplitude dans 5 cas et une activation dans 2 cas : apparition de bouffées de thêta dans 1 cas et sensibilité nettement plus accentuée à la S.L.I. dans l'autre cas (bouffées plus fréquentes des rythmes lents de la bande du delta).

Le groupe suivant comprend 18 malades présentant un syndrome mélancolique. Sous l'effet du tofranil, nous notons dans un seul cas une activation du tracé, et cela uniquement à la S.L.I. : apparition de bouffées de pointes, pointes-ondes typiques et dégradées. Nous constatons, d'autre part, une augmentation d'amplitude dans 11 cas et l'absence de toute modification dans 6 cas. Les rythmes de départ comprenaient des rythmes prédominants de fréquence alpha dans 15 cas et rapides dans 3 cas. Chez une mélancolique, l'injection du tofranil a provoqué à la 30e minute un collapsus cardio-vasculaire avec chute tensionnelle se traduisant au point de vue E.E.G. par une désynchronisation généralisée du rythme de fond et l'inscription d'un rythme lent de fréquence delta prenant par endroits un aspect hypersynchrone de grande amplitude.

Le cinquième groupe se compose de 10 syndromes démentiels, d'étiologies diverses, comprenant une démence abiotrophique type Alzheimer. Signalons que 3 malades présentaient des signes d'atteinte neurologique bilatérale (syndrome pyramidal). Les rythmes de fond comprennent un rythme prédominant de fréquence alpha dans 4 cas thêta dans 4 cas et delta dans 2 cas. Dans le cas de la démence Alzheimer, sur un rythme de fond thêta, apparaissent quelques bouffées de polypointes de peu d'amplitude, intéressant toutes les dérivations. Sous l'effet d'une injection de 50 mgr. de tofranil, nous ne provoquons une activation que dans le cas de la démence d'Alzheimer : augmentation du voltage du rythme de fond avec accentuation et fréquence nettement plus élevées des bouffées de polypointes intéressant toutes les dérivations. Chez les autres malades, nous ne constatons une

augmentation du voltage avec léger ralentissement du rythme de fond que dans 3 cas, les 6 derniers ne présentant aucune modification des rythmes électriques.

Le dernier groupe enfin comprend 4 schizophrènes ayant subi une lobotomie bilatérale. Le rythme de fond prédominant est l'alpha dans 2 cas, les rythmes rapides dans les 2 autres. Signalons de plus la présence de rythmes lents au niveau des dérivations fronto-temporales chez les 4 malades. Sous l'effet du tofranil nous n'obtenons aucune modification importante si ce n'est une augmentation du voltage des rythmes de fond dans 3 cas (alpha 2, rythmes rapides 1).

Enfin un dernier cas est celui d'un schizophrène de 25 ans qui a présenté une extrême sensibilité à l'insuline puisqu'une dose unique de 20 unités avait suffi pour déclencher une crise convulsive généralisée. Un enregistrement effectué le lendemain de la crise ne montrait aucune anomalie électrique, le rythme de fond étant formé d'un alpha sinusoïdal régulier. Sous l'effet du tofranil aucune modification ne s'est produite.

Il résulte donc de cette étude que le tofranil provoque une activation des rythmes électriques principalement chez les malades épileptiques. Nous notons en effet chez eux (56 malades) une activation positive dans 73 % des cas, alors que sur l'ensemble des autres malades (54 cas), le tofranil n'est actif que dans 15 % des cas seulement. Il est intéressant de souligner que dans le groupe des malades non épileptiques l'activation se traduisait uniquement par une sensibilité à la S.L.I. (3 fois pointes-ondes, 3 fois accentuation d'anomalies préexistantes thêta delta). De plus, c'est uniquement chez les malades épileptiques que nous constatons une sensibilité à l'épreuve du tofranil nettement plus élevée chez les enfants et les femmes que chez les hommes. En effet, nous notons une activation positive chez tous les enfants examinés (6 cas) et dans 82 % des cas chez les femmes, alors que chez les hommes elle n'est positive que dans 48 % des cas seulement.

Action du tofranil sur l'électroencéphalogramme au cours d'un traitement continu :

Cette étude a été effectuée sur un groupe de 22 malades présentant uniquement un syndrome mélancolique, car l'emploi de cette médication s'est révélé dans les autres syndromes psychopathiques de peu d'efficacité, provoquant même parfois des aggravations cliniques importantes.

La posologie et le mode d'administration utilisés étaient ceux indiqués par Kuhn, c'est-à-dire début par voie orale et substitution progressive par la voie parentérale, puis à nouveau par la voie orale. La dose totale par malade s'élevait à 3 gr. par mois environ.

Les modifications électroencéphalographiques obtenues dans ce groupe de 22 malades (rythmes de fond alpha plus ou moins volté 21 cas, thêta 1 cas) étaient les suivantes :

apparition dans 10 cas d'un alpha plus volté, sinusoïdal, régulier, plus abondant, diffusant au niveau de toutes les dérivations ;

appauvrissement en alpha dans un cas ;

accélération de la fréquence de l'alpha, qui passe de 9 à 11 cycles par seconde dans 1 cas ;

disparition progressive d'un thêta peu volté avec apparition de bouffées d'alpha sinusoïdal dans 1 cas ;

apparition dans 2 cas de bouffées de thêta localisées au niveau de la région temporale gauche ;

à la S.L.I. apparition d'un entraînement des rythmes occipitaux dans 1 cas et dans un autre d'un thêta hypersynchrone généralisé ;

absence de modifications dans 7 cas.

Notons que l'apparition d'un alpha plus volté sinusoïdal et diffus se produit en général au bout du troisième jour du traitement, l'inscription des bouffées de thêta localisées n'apparaissant qu'au bout de la troisième semaine. Nous avons noté, d'autre part, l'absence de toute corrélation entre les modifications électroencéphalographiques constatées et les doses journalières utilisées.

Il ressort donc que sur les 22 cas que nous avons suivis tout au long d'un traitement continu, les principales modifications constatées traduisent surtout une amélioration du rythme de fond : inscription d'un alpha sinusoïdal régulier et abondant, intéressant en général la plupart des dérivations.

Discussion

M. H. Baruk. — Les constatations de M. Borenstein, dont il a fait part à la dernière séance de notre groupe d'étude de psychopharmacologie biochimique à Charenton, ne nous étonnent pas, car à cette séance M. Borenstein a pu voir le film des recherches que nous avons poursuivies avec M. J. Launay sur les effets du G. 22.355 chez le singe. Ce produit stimule l'activité et les déplacements de l'animal, mais à très hautes doses il provoque chez le singe des crises d'épilepsies typiques, comme nous l'avons montré avec J. Launay. Il n'est donc pas étonnant que ce produit soit un activant de l'électro-encéphalogramme. Cela n'enlève rien à sa valeur thérapeutique, mais cela montre l'importance des doses. A ce sujet, comme la bulbocapnine, le G. 22.355 augmente les décharges et l'activité cellulaire, et à doses massives, ces décharges peuvent aller jusqu'à l'épilepsie.

Délire hypocondriaque d'évolution ancienne. Résultat spectaculaire d'un traitement par le coltramyl, par M. Leyritz, Mme Capron et M. Yves Colas.

On sait combien sont décevants les traitements opposés à ces délires hypocondriaques tenaces malgré la persévérance et la variété des médications.

Un exemple particulièrement significatif nous a été donné par la malade dont nous rapportons l'observation, malade qui nous a fait

l'heureuse surprise d'une évolution très rapidement favorable par une cure de coltramyl intraveineux.

Ce coltramyl est un thiocholchicoside. De ce fait, agit-il sur le métabolisme des purines et sur le taux de l'acide urique du sang ? Nous ne sommes pas encore outillés pour faire en série des dosages de l'uricémie.

Quoi qu'il en soit, voici l'observation en question :

Mme P... entre en août 1954 pour préoccupations hypocondriaques et anorexie mentale. C'est une petite femme (1 m. 50), très maigre, au visage anguleux, à la peau luisante. Jusqu'en 1958, elle a subi trois internements successifs, qui ont duré respectivement trois, deux puis trois mois. Elle est revenue régulièrement dans un état somatique grave, puisqu'elle est allée dans l'amaigrissement jusqu'au poids de 28 kilos.

Elle a été internée en 1929, à Fleury-les-Aubrais, à la suite d'une tentative de suicide par coup de fusil dans le flanc gauche avec petits plombs encore inclus, mais nous n'avons retrouvé aucun renseignement précis sur cette époque.

Lors de son premier internement à Clermont, profondément déprimée, anxieuse, elle exprime deux ordres d'idées :

délire de négation d'organe : elle n'a plus ni rate, ni vésicule biliaire, et son estomac est soutenu par un nerf de mouton vivant. Tout est bouché, elle ne peut plus manger, ne va plus à la selle depuis un mois. « Le tube digestif est bouché jusqu'en bas et on me force à manger. » ;

enfin, s'y ajoutent des idées de culpabilité, de déchéance. Autrefois, elle était gaie, elle savait voyager toute seule, et si elle ne sait plus manger, c'est la punition de sa jeunesse, où elle mangeait beaucoup : « J'avais la boulimie. »

La malade invoque bien sûr des causes sentimentales : c'est à la suite d'amours malheureuses qu'elle a « attrapé la boulimie ».

Mais, comme chez toutes les hypocondriaques, nous avons pratiqué le maximum d'investigations possibles à la recherche de causes somatiques. En effet, il est superflu d'insister sur la très grande fréquence de troubles somatiques réels que des manifestations hypocondriaques cachent.

Nous avons trouvé, orienté d'ailleurs par des cicatrices opératoires, un ulcère du bulbe duodénal ancien s'accompagnant d'images cicatricielles de périduodénite.

Cependant, l'élément dominant du tableau, et qui s'accentuera à chaque entrée, est la rigidité de cette malade, son attitude figée, coudes au corps, avant-bras fléchis, mains pendantes en pronation ; son visage aux yeux écarquillés, dont l'expression ne variera jamais, tandis qu'elle se raconte ou se plaint d'une voix monocorde en ouvrant à peine la bouche. Le front reste crispé en de multiples plis accentuant l'écarquillement des yeux. Elle persévère ainsi dans sa mimique stéréotypée.

C'est ainsi que nous la verrons chaque matin, pendant de longs mois, nous demandant la sonde (à laquelle il avait bien fallu recourir au début) alors qu'elle s'alimente très bien.

Quoi qu'il en soit, différents traitements ont été institués, en particulier vitaminiques, nourriture à la sonde, sérums sous-cutanés, opothérapie hépatique et rénale.

Une reprise de poids était obtenue, mais ni l'attitude figée ni les idées délirantes de la malade n'étaient aucunement modifiées.

La malade a reçu du largactil : en 1956, doses croissantes jusqu'à 200 mg. (pendant 25 jours), et sort avec un traitement d'entretien ; en 1957, jusqu'à 400 mg. (pendant 25 jours) ; en 1958, jusqu'à 300 mg. (pendant 75 jours), puis 200 mg. (pendant 90 jours).

C'est le 16 mars 1959 qu'après arrêt progressif du traitement par largactil, la malade est mise au coltramyl intraveineux : le premier jour, une demi-ampoule, soit 2 mg., bien supportée, puis 4 mg. pendant sept jours.

Dès la fin de la série, la malade ne nous arrête plus au passage de la visite pour nous dire : « Docteur, vous me mettrez la sonde, je ne peux plus ouvrir la bouche. » L'expression du visage se détend, la malade reprend une petite activité et surtout le contact avec l'entourage s'améliore considérablement. Elle reconnaît que « ça va mieux », elle est moins figée, elle sourit, ses mouvements prennent spontanément une amplitude normale, mais restent cependant encore un peu ralentis. Toute idée de responsabilité, de faute, ont disparu, et la malade sort le 19 avril 1959, en excellent état.

Ainsi cette malade dont la présentation est restée de longs mois, même de longues années, identique à elle-même, a vu l'ensemble des symptômes morbides se réduire et disparaître d'une façon spectaculaire par une seule série de huit injections intraveineuses de coltramyl.

Maladie de Darier, poussées extensives cutanées avec éclosion concomitante de troubles mentaux et parallélisme de leur évolution résolutive, par M. Leyritz, Mme Capron et M. Yves Colas.

La maladie de Darier est généralement assez peu connue en raison de sa rareté.

Elle a été décrite en 1889 par Darier sous le nom de psorospermose folliculaire végétante.

Elle est caractérisée cliniquement par la présence de papulo-croûtes le plus souvent folliculaires, disposées symétriquement sur certains territoires déterminés et pouvant confluer en nappes végétantes d'évolution indéfinie.

Histologiquement, diverses altérations de l'épiderme peuvent être rencontrées, dont une pathognomonique, qui signe le diagnostic, c'est la présence de corps ronds en grains, qui sont des cellules malpighiennes atypiques, évoluant vers une kératinisation anormale.

Cette affection, qui n'apparaît pas comme contagieuse, est parfois familiale et héréditaire.

C'est ce caractère familial, ainsi que la coexistence assez fréquente de troubles du développement général et de dysendocrinie, qui conduisent à rattacher cette maladie au groupe des « génodermatoses » de

Bettmann. Les altérations cutanées dériveraient d'une dysplasie embryonnaire.

La mieux connue et la plus représentative de ces génodermatoses est la neurofibromatose de Recklinghausen, au cours de laquelle des troubles psychiques ont été signalés à plusieurs reprises, en particulier par Marchand, par Charpentier, par Marie et Verdier.

Par contre, l'accent semble avoir été mis de façon beaucoup moins nette sur les troubles psychiques de la maladie de Darier.

Seule la débilité intellectuelle a été assez fréquemment notée, par les auteurs anglo-saxons d'abord, dont Mac Lood dans le *British Journal of Dermatology* (1904), puis en France par Danlos et Dobrovici (*Annales Dermatologiques,* 1904), et bien d'autres.

Darier interprète cette débilité intellectuelle comme étant l'indice d'un trouble dans l'évolution générale des sujets.

Les dermatologues signalent les maladies de Darier s'accompagnant de troubles psychiques comme des cas extrêmement rares.

Nous avons pourtant eu l'occasion d'observer et de traiter dans notre service, à six reprises différentes, une malade atteinte de dermatose de Darier, paraissant évoluer parallèlement à des épisodes psychopathiques aigus.

Depuis 1952, la jeune Monique K..., âgée de 25 ans, en est à la sixième hospitalisation dans le service.

Elle est atteinte d'une maladie de Darier typique, dont le diagnostic a été confirmé histologiquement dans le service du Professeur Duperrat de l'Hôpital Saint-Louis, qui s'est beaucoup intéressé à cette malade.

Nous savons, d'autre part, que le père et un des frères de Mlle K... sont atteints d'une dermatose identique.

Il ne s'agit pas d'une débile, cette malade paraît avoir un quotient intellectuel très voisin de la normale.

Par contre, six fois en six ans, elle a présenté des épisodes psychotiques aigus ayant nécessité sa réadmission d'urgence à l'hôpital psychiatrique.

A l'examen du dossier, nous voyons que ces troubles psychiques, en dépit de leur périodicité régulière, sont assez polymorphes.

Lors de sa première hospitalisation, en décembre 1952, l'aspect de Mlle K... est celui d'une déprimée avec mutisme absolu, refus d'aliment et opposition.

Elle est anémiée et sa dermatose est très étendue : dos des mains, creux axillaires, face, région antérieure du thorax, pubis.

Quelques petits éléments, en particulier une indifférence affective, posent le problème d'une évolution schizophrénique ultérieure.

Quoi qu'il en soit, après un traitement de l'anémie et une série d'électro-chocs, l'état général de Mlle K... s'améliore, son comportement se normalise et sa dermatose régresse, ce qui lui permet de sortir en mai 1953.

Lors de la seconde hospitalisation, en septembre 1954, elle présente un syndrome catatonique avec mutisme, refus d'aliment et opposition.

La dermatose est en poussée, atteignant les mêmes zones que précédemment, avec une nouvelle localisation au niveau de la face interne des jambes.

Mlle K... reçoit cette fois un traitement polyvitaminé, de petites doses d'insuline et une opothérapie thyroïdienne. Thérapeutique qui amène une amélioration globale suffisante pour permettre sa sortie en janvier 1955.

Elle revient en avril 1956 avec un tableau tout différent, d'excitation maniaque atypique avec excitation psychomotrice, logorrhées, chants, labilité de l'humeur, colères, tendances à la stéréotypie.

Fait remarquable : la dermatose subit une nouvelle poussée évolutive.

Outre une cure de largactil, la malade est traitée par la streptomycine, car le granulogramme de Benda montre un résultat anormal — fait qui, par lui-même, ne manque pas d'intérêt —, l'extrait thyroïdien et une thérapeutique polyvitaminée comprenant, en particulier, les vitamines A et F.

L'amélioration sur tous les plans est plus rapide que précédemment et la sortie est accordée en juin 1956.

Mais la rechute se manifeste également assez rapidement et, en octobre 1956, Mlle K... est réadmise pour excitation de forme maniaque avec mutisme sthénique et opposition ayant suivi une courte phase expansive. L'atteinte somatique est sévère, avec hyperthermie, déshydratation marquée et surinfection importante de la dermatose.

Un traitement symptomatique est aussitôt instauré, à base d'antibiotiques polyvalents, d'analeptiques cardio-vasculaires et d'opothérapie rénale, conjointement à une réhydratation massive. Plus tard on donne de la covatine avec des résultats assez médiocres, et finalement des vitamines et un peu de largactil.

A nouveau tout rentre dans l'ordre, et Mlle K... sort le 27 janvier 1957.

Elle revient en décembre 1957, présentant cette fois un état stuporeux avec mutisme entrecoupé de phases d'agitation motrice incoordonnées et hyperazotémie (1,56 gr. d'urée sanguine).

Nouvelle poussée évolutive de la maladie de Darier.

Le traitement appliqué est superposable au traitement précédent avec, en plus, une acidification par le chlorure d'ammonium. Les résultats sont rapidement excellents à tous points de vue.

Pendant ce séjour, Mlle K... est conduite à la consultation du Professeur Duperrat qui prescrit de la vitamine A *per os* à doses massives.

Elle sort le 16 février 1958.

Enfin elle est réadmise en janvier 1959 pour excitation de forme maniaque avec violences et bris d'objets.

L'extension de la dermatose est un peu plus discrète, prédominant au dos des mains, au cou et au cuir chevelu.

Le traitement précédent a été rendu à Mlle K... qui, actuellement, est très calme, a un bon contact et paraît bien insérée dans le réel. La

dermatose est réduite à quelques éléments au niveau de la face postérieure du cou et du cuir chevelu.

Le parallélisme constant et rigoureux entre les poussées extensives de la dermatose et le déclenchement des troubles psychiques d'une part, et leur évolution favorable simultanée d'autre part, nous a conduits à poser la question des relations existant entre ces deux manifestations. Il paraît de toute évidence s'agir de deux expressions différentes d'une même atteinte.

Certes, les relations entre le « psychique » et le « somatique » sont connues depuis la plus haute antiquité.

Nous tenons d'ailleurs à signaler que nous n'usons qu'à regret de ces termes consacrés par l'usage, mais artificiels et susceptibles d'induire à des schématisations abusives.

Quoi qu'il en soit, Hippocrate déjà rapportait que : « la suppression des crachats des phtisiques les jette dans l'égarement de la raison. »

Esquirol avait, lui aussi, fait des constatations dans ce sens.

Nous rappellerons ici les importants travaux sur la théorie du balancement psycho-somatique de Claude, Baruk, Bidermann et Albane (1934) à la suite de Leroy et Picque (1909-1922). Comme l'écrit Baruk : « L'inhibition de l'activité psychique, qui se produit chez les aliénés, entraîne des modifications de l'état humoral, de l'allergie et du comportement de l'organisme vis-à-vis des infections.

Nous avons particulièrement souligné l'importance de ces modifications en ce qui concerne la tuberculose, l'aliénation mentale entraînant parfois de façon extraordinaire la cicatrisation des lésions et la guerison psychique leur réactivation. Il en est parfois de même de l'asthme. »

Baruk cite comme illustration de sa théorie la guérison spectaculaire d'un vieux dément précoce lors de l'apparition d'une coxalgie, qu'il a observée avec Sauvage et Albane.

Nous avons vu, lors de l'analyse de notre observation, que, loin d'obéir à la loi du balancement psycho-somatique, elle paraissait obéir à des règles inverses, la simultanéité remplaçant l'alternance.

Nous devons d'ailleurs reconnaître que Baruk ne présente pas sa théorie comme une loi absolue.

Les rapports entre troubles mentaux et troubles de la peau et des phanères ont de tout temps intéressé les psychiatres.

Mais, dans une première phase, pourrions-nous dire, seule l'expression cutanée des troubles psychiques paraît avoir attiré leur attention. Et l'histoire de la psychiatrie est riche, à la suite des travaux de Charcot, de Gilles de La Tourette et bien d'autres, en descriptions détaillées des stigmates hystériques.

Le rôle de l'hypnose dans la genèse et la cure des dermatoses a été également très souvent mentionné, en particulier pour les verrues.

Les dermatologues contemporains, dans le cadre d'une médecine dite « psycho-somatique », accordent encore une grande importance

à l'origine ou à l'appoint émotionnel dans le déclenchement des dermatoses.

Nous ne ferons que citer à cet égard, outre Duperrat dont le nom a déjà été mentionné, les travaux de Touraine, de Degos, de Graciansky et de Bolgert.

Mais au fur et à mesure que progressent nos connaissances neurophysiologiques, s'impose de plus en plus la notion des synergies fonctionnelles. En particulier, la peau, organe doué d'une vie propre, est par ailleurs placée sous le contrôle du système hypothalamo-végétatif. Il est bien évident que les influx afférents issus des récepteurs cutanés vont à leur tour agir sur les centres diencéphaliques et sur tout l'organisme, ceci n'étant qu'un exemple entre mille de ces interactions constantes. Ce qui nous permet de comprendre qu'une perturbation quelconque, à quelque niveau qu'elle survienne, est susceptible d'entraîner des modifications globales de l'organisme, tant d'expression « psychique » que d'expression « somatique ».

Cette hypothèse nous paraît tout à fait susceptible d'être appliquée au cas que nous avons rapporté, même en admettant le rôle de la génodystrophie constitutionnelle atteignant les feuillets d'origine ectodermique (peau et système nerveux), elle explique de manière satisfaisante le déclenchement simultané des manifestations paroxystiques observées sur tous les plans.

C'est pourquoi nous nous insurgeons contre l'usage exclusif et abusif du terme psycho-somatique, auquel nous préférons bien souvent celui de somato-psychique.

La séance est levée à 18 heures 30.

Secrétaire de séances :

L. Vidart.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 2 octobre 1958

Contribution à la séméiologie du cortex frontal, par M. S. Brakha

Les réflexes linguo-mentonniers et gingivo-mentonniers ont une valeur séméiologique dans le diagnostic des lésions basses de l'aire prémotrice du côté opposé. Par contre, le réflexe pollico-mentonnier se rencontre dans les lésions hautes. On rencontre ces réflexes dans les schizophrénies organogénétiques, les psychoses préséniles, l'artério-sclérose cérébrale, les intoxications éthyliques chroniques. Brakha décrit un réflexe qu'il appelle « face-pouce », qui serait l'analogie pour la main du réflexe de Babinski.

Sur un cas de cholestéatome vertébral,
par MM. C. Arseni et O. C. Samitca

Une malade de 69 ans présente une paralysie spastique, un déficit de sensibilité intéressant toutes les formes au niveau de D12 ainsi que des troubles sphinctériens. A la radio, au niveau de D10, modifications du corps vertébral et présence d'une cavité. Une laminectomie est pratiquée : énucléation d'une tumeur de la dimension d'une noix. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cholestéatome.

Etude de la dissolution de la conscience dans trois cas de petit mal avec crises prolongées, par MM. G. Boudin, J. Barbizet et Mlle S. Masson.

Observations de trois malades ayant des crises de petit mal prolongées pendant lesquelles les auteurs ont étudié la séméiologie et la vigilance de la conscience en se plaçant successivement du point de vue de la perceptibilité et de la réactivité des sujets. Dans un cas, conservation de la conscience pendant une grande partie de la crise et conservation mnésique des événements, remarques déjà souvent signalées. A noter dans les trois cas

la dissociation entre le degré de la dissolution de la conscience et un tracé électro-encéphalographique identique.

Traitement des mouvements involontaires par électrocoagulation de la capsule interne de la partie correspondante du faisceau pyramidal, par MM. R. Thurel et J. Nehlil.

La possibilité d'agir par électro-coagulation stéréotoxique sur telle ou telle partie du faisceau pyramidal dans la capsule interne a été appliquée chez une malade de 63 ans pour des mouvements involontaires de la face, de la mâchoire inférieure et de la langue. Il a fallu, pour les faire disparaître, électrocoaguler le contingent pyramidal destiné à la face jusqu'à ce que soit obtenue une paralysie faciale centrale.

Variation du taux des gonado-stimulines au cours des psychoses périodiques, par MM. L. Louchart, E. Bernard-Weil et J. Decourt

Le test utilisé est celui de l'augmentation de poids de l'utérus de la souris impubère, qui dose l'effet gonadotrope global folliculo-stimulant et lutéinisant. Les résultats normaux sont compris entre 5 et 25 unités-souris en 24 heures. Chez sept malades déprimés, le taux d'élimination se révéla inférieur à 5 unités. Chez trois sujets névrosés, l'élimination fut trouvée normale entre 5 et 25 unités.

L. Marchand.

Séance du 6 novembre 1958

Tuberculome intramédullaire, par M. R. Thurel
(*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558)

Observation d'un sujet de 46 ans, qui présente un syndrome de Brown-Séquard. Le siège de la lésion est obtenu par le lipiodol au niveau de D4. Intervention. Il s'agit d'un tuberculome. Il n'y a pas eu ensemencement méningé grâce au traitement antibiotique.

Deux cas de multinévrites au cours de la polyarthrite chronique évolutive Périartérite noueuse et polyarthrite chronique évolutive, par MM. J. Graveleau, F. Demaison et M. Morin. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Chez deux femmes de 64 ans atteintes de polyarthrite évolutive et traitées par la delta-cortisone, apparition d'une multinévrite. Chez la première, l'augmentation transitoire des doses quotidiennes n'empêche pas l'évolu-

tion vers la mort tandis qu'elle aboutit chez la seconde à une certaine stabilisation. D'après les microphotos projetées, on peut assurer aux paralysies observées la dénomination de multinévrite ischémique. Considération générale à propos de 29 cas.

Bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire avec syndrome de Stokes-Adams, apparue au cours de l'évolution d'une dermato-myosite, par MM. R. Garcin, St. Godlewski et M. Gibelin. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Malade de 45 ans présentant un aspect sclérodermique des téguments, du gonflement de la face et des extrémités ; l'atteinte musculaire est celle d'une polymyosite confirmée par biopsie cutanée et musculaire. Deux ans après, troubles de la conduction auriculo-ventriculaire responsables de deux épisodes syncopaux, puis de malaises orthostatiques, et aboutissant à une dissociation complète. La réalité de l'atteinte du muscle cardiaque se trouve bien établie dans la dermato-myosite.

Test chimique direct de la dominance hémisphérique. A propos d'une hémisphérectomie gauche, par MM. M. Feld et D. Duche. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Présentation du protocole du test inhibiteur de la dominance hémisphérique avant une hémisphérectomie gauche concernant un enfant de 11 ans. L'inhibition de l'hémisphère gauche par l'amobarbital sodique ne supprime pas le langage. Dans les mêmes conditions, l'inhibition de l'hémisphère droit produit une aphasie éphémère ; l'hémisphère droit est donc dominant.

Un cas d'absence du septum lucidum découvert fortuitement à l'encéphalographie gazeuse et confirmé par l'autopsie, par MM. J. Joubert et R. Misrahi. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Chez une éthylique de 52 ans, à l'encéphalographie gazeuse, les clichés de face mettent en évidence l'absence du septum lucidum. La malformation n'a joué aucun rôle prépondérant dans sa vie. Mort subite à la suite d'une douleur précordiale. A l'autopsie, le corps calleux est réduit au quart de son épaisseur. Les deux ventricules latéraux, très dilatés, communiquent largement entre eux, du fait de l'absence du septum lucidum.

Volumineux xanthome choroïdien du 3e ventricule. Ablation. Guérison, par M. Feld et J.-F. Foncin. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Sujet âgé de 31 ans, qui présente des céphalées, des sensations vertigineuses et un vomissement. Stase papillaire bilatérale. Paralysie faciale d'origine centrale. La ventriculographie montre l'image typique d'une tumeur du IIIe ventricule. Intervention. Tumeur kystique volumineuse obstruant le trou de Monro. A l'examen histologique, il s'agit d'un xanthome. Le sujet reprend rapidement son activité professionnelle.

Atteinte unilatérale du trijumeau (algie et anesthésie), du moteur oculaire externe (strabisme et diplopie) et du facial (hémispasme) en rapport avec un volumineux anévrysme de l'émergence intracranienne de la carotide interne, par Th. Alajouanine, J. Nick, F. Contamin H.-P. Cathala et G. Lormeau. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Malade âgée de 72 ans, hospitalisée pour un syndrome d'atteinte des 5e, 6e et 7e paires craniennes droites, et d'algie faciale. Une artériographie carotidienne droite révèle l'existence d'un très volumineux anévrysme de la carotide interne situé à son émergence dans le crâne.

Le réflexe de posture poplité, par MM. J. Sigwald, D. Bouttier et Grimberg. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558)

Exposé de la technique pour la recherche du réflexe de posture poplité. Les auteurs l'ont recherché chez 44 malades atteints de syndrome parkinsonien. D'après leurs constatations, le réflexe de posture poplité a une importance pour dépister une atteinte extrapyramidale des membres inférieurs.

Essai de traitement de la névralgie essentielle du trijumeau par la lévomépromazine. Premiers résultats, par MM. J. Sigwald, D. Bouttier et J. Solignac. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Rapport sur les résultats obtenus chez dix malades atteints de la névralgie essentielle du trijumeau et traités par la lévomépromazine (7044 R.P.). Le succès a été complet dans neuf cas et important dans un cas. La posologie doit être progressive et augmenter jusqu'à disparition de la douleur. La dose initiale est de 25 à 100 mg. par jour, et il est parfois nécessaire d'aller jusqu'à 200, 400 mg. sous surveillance continue.

Forme ataxique de la polynévrite saturnine, par MM. P. Kissel. P. Hartemann, G. Debry et M. Jérôme. (*Revue neurologique*, t. 99, novembre 1958, p. 558).

Femme de 65 ans, qui présente une paralysie pseudo-radiale bilatérale de type radiculaire C7, C8, D1. La marche est ébrieuse, ataxique. Signe de Romberg. Liseré de Burton. Syndrome abdominal évocateur des coliques de plomb. La plombémie est de 80 gammas % (N = 30 gammas). Cette femme buvait l'eau qui séjournait dans des conduites en plomb.

L'encéphalomyélite zostérienne. A propos de deux observations anatomo-cliniques, par MM. G. Boudin, J. Barbizet, S. Brion et B. Pépin. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 5, novembre 1958, p. 535).

Deux observations anatomo-cliniques d'atteinte du système nerveux central survenues dans les suites immédiates d'un zona sont rapportées. Dans la première, le tableau clinique est celui d'une myélite ascendante ; l'examen histologique a montré des lésions inflammatoires diffuses à type de périvascularite lymphocytaire dans l'ensemble du névraxe. Il s'agit d'un

exemple authentique d'encéphalomyélite zostérienne. La deuxième observation offre le tableau clinique complexe évocateur d'une atteinte encéphalique survenue au cours d'un zona ophtalmique. Mais il s'agit d'un cas plus discutable anatomiquement ; on y relève un syndrome cérébelleux, un déficit moteur des membres inférieurs, des paresthésies intenses, une réaction méningée, des troubles sphinctériens et des eschares, cause de la mort après six semaines d'évolution. Le diagnostic d'encéphalomyélite ne peut être retenu ; les lésions radiculo-cordonales postérieures qui constituent l'essentiel du tableau histologique paraissent trahir un processus déjà ancien, une affection jusque-là latente dont l'extériorisation clinique a coïncidé avec le zona. En conclusion, le diagnostic d'encéphalomyélite zostérienne ne doit être porté qu'avec prudence (onze photomicros).

Le phénomène de persévération visuelle. Sa valeur localisatrice pour les lésions occipitales, par MM. J. Le Beau, et E. Wolinetz. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 5, novembre 1958, p. 524).

Observation d'un sujet âgé de 64 ans, qui est atteint d'atrophie optique droite et d'hémianopsie gauche. A la lecture, il avait constaté que les dernières lettres d'une ligne viennent se superposer sur le début de la ligne suivante ; durée : deux secondes. Il avait observé que, au cours du déroulement des images de voitures circulant devant lui, l'une d'entre elles pouvait de temps à autre paraître suivie par son double ; durée ; de une à deux secondes. Une artériographie droite décèle une déviation vasculaire en faveur d'une tumeur temporo-occipitale. Intervention. La tumeur, un gliome de la grosseur d'une mandarine, est enlevée en masse. Cette nouvelle observation de persévération visuelle vient s'ajouter aux trois autres antérieurement publiées par les auteurs. La localisation occipitale des lésions chez les malades qui ont présenté ce phénomène est ainsi démontrée. A son utilité clinique, il y a lieu d'ajouter son utilité physiologique pour les théories modernes de la vision (quatre radios craniennes).

Nouveaux essais de traitement des grands dérèglements neuro-végétatifs par procaïnisation intra-ventriculaire sous-arachnoïdienne, avec respiration artificielle, par MM. P. Mollaret, R. Bastin, M. Goulon, M. Rapin, J. Lissac et J.-J. Pocidalo. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 5, novembre 1958, p. 501).

Exposé des essais thérapeutiques pour tenter de stopper l'évolution presque constamment fatale du syndrome d'irritation neuro-végétative en coupant le circuit des incitations nociceptives partant des centres neuro-végétatifs irrités pour en supprimer les effets.

L'infiltration procaïnique préfrontale a été d'abord pratiquée deux fois chez des poliomyélitiques, puis l'infiltration intraventriculaire une seule fois. La procaïnisation sous-arachnoïdienne par voie lombaire, qui ne peut être faite que sous respiration artificielle, est la voie la plus simple. Elle a été pratiquée à 24 reprises chez 15 malades différents ; cinq n'ont reçu qu'une injection ; neuf deux injections, et un a reçu quatre injections. Six ont finalement survécu. La majorité de ces sujets étaient des poliomyélitiques (sept au total). Les autres étaient atteints d'hématomyélie cervicale (un cas), de polyradiculo-névrite (un cas), d'hérédo-ataxie cérébelleuse

(un cas), de tétanos traité par curarisation (trois cas), de grippe maligne (un cas), d'état de mal asthmatique avec coma (un cas). Cinq observations, dans lesquelles le syndrome végétatif a valablement cédé, constituent les bons résultats. Cette méthode mérite d'être essayée dans tous les états pathologiques graves du fait du dérèglement neuro-végétatif, que ces états soient traumatiques, opératoires ou infectieux.

L. Marchand.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse

Séance du 19 janvier 1959

Corps étrangers du pharyngo-larynx chez les aliénés en période de restriction, par MM. A. Perret, J. Calvet, J. Coll, P. Buscail

Les auteurs rapportent l'observation de cinq aliénés ayant présenté de très volumineux corps étrangers de l'hypo-pharynx avec phénomènes asphyxiques par obstruction de l'orifice supérieur laryngé. Deux cas rentrèrent dans l'ordre spontanément ; un autre fut plus dramatique, entraînant une asphyxie avec perte de connaissance, et fut sauvé de justesse par une rapide extraction ; les deux derniers cas se terminèrent par la mort dans un tableau d'asphyxie. Les auteurs opposent la bénignité habituelle des corps étrangers du pharynx à la gravité immédiate de ces corps étrangers de l'hypo-pharynx, où la dyspnée domine le tableau clinique et où la part du spasme peut être discutée. Ils terminent par une revue de la littérature et par quelques considérations d'ordre médico-légal.

Maladie de Steinert et cataracte,
par MM. P. Calmettes, F. Déodati et P. Bec

Observation de maladie de Steinert avec cataracte du type endocrinien. La mère du malade avait présenté une cataracte bilatérale opérée à l'âge de 40 ans.

Equivalents à forme céphalique. Seule manifestation clinique d'un méningiome de la petite aile, par MM. J. Géraud, G. Lazorthes et A. Rascol.

Un méningiome de l'aile du sphénoïde gauche ne s'est traduit pendant six mois que par des équivalents comitiaux à forme céphalalgique. Des crises de céphalée soudaine avec légère obnubilation durant quelques minutes ont toujours été suivies d'une amnésie totale. Un léger œdème de la

papille droite, des signes à l'électro-encéphalogramme localisés à la partie antérieure du lobe temporal gauche, une artériographie très évocatrice ont permis de localiser et de faire l'ablation totale de cette tumeur.

A propos d'un cas de tumeur du septum lucidum. Remarques sur les kystes et les tumeurs du septum lucidum

A propos d'un cas de tumeur du septum lucidum (glioblastome), les auteurs font une revue générale de cette question et ils insistent sur l'évolution par crises aiguës d'hypertension intracranienne et sur la difficulté d'interpréter les clichés d'artériographie carotidienne.

L. Gayral.

Société belge de neurologie

Séance du 28 février 1959

Présidence : M. M. A. GEREBTZOFF, président

Action antiépileptique expérimentale et clinique de la mépacrine ou atebrine, du célontin et de l'éliptène, par M. L. Sorel

Le pouvoir anti-épileptique de ces trois substances a d'abord été étudié expérimentalement au moyen de tests personnels à l'auteur : le cardiazologramme et le pantocainogramme. Ces deux tests uniquement électrographiques mettent en évidence un pouvoir anti-épileptique, surtout pour les activités épileptiques infracliniques induites par le cardiazol.

Les trois substances étudiées apportent une amélioration dans des cas de petit mal mal contrôlés par les thérapeutiques habituelles. Elles doivent, de ce fait, faire partie de l'arsenal thérapeutique moderne de l'épilepsie.

D'autres formes d'épilepsie n'ont pas été améliorées par ces substances. Il est à noter que les malades qui ont pris les médications qui font l'objet de cette étude sont tous graves. Ils avaient déjà été soumis précédemment à toutes les thérapeutiques existantes et n'y avaient pas répondu favorablement.

Corrélations électrocliniques des hématomes intracraniens, par M. Hubert Ronse

Cette étude porte sur 25 hématomes sous-duraux et 16 intracérébraux, vérifiés chirurgicalement. Il n'y a pas de signes bioélectriques spécifiques pour différencier ces lésions. Le signe de latéralisation le plus fidèle est

l'asymétrie d'amplitude et de fréquence, ou d'amplitude seulement, de l'activité alpha.

S'il existe un foyer bioélectrique au niveau de l'hématome, c'est surtout l'aplatissement des activités bioélectriques qui doit localiser la lésion. On ne trouve jamais de signes irritatifs au niveau des hématomes non opérés.

Dans quelques cas d'hématomes sous-duraux, on trouve des ondes pointues à 6 c./s., survoltées et sporadiques, au bord de la lésion.

Les bouffées d'ondes delta antérieures (1/2 à 3 c./s.) témoignent d'une atteinte encéphalique diffuse et profonde. Elles vont de pair avec une diminution de la conscience et ne signifient pas nécessairement un engagement temporal. Elles ne permettent pas de localiser la lésion.

Des ondes thêta (à 4-6 c./s.) transmises, mêlées à de rares ondes delta et à des éléments pointus, peuvent apparaître en centro-temporal. On ne les trouve que chez des personnes présentant encore une réactivité cérébrale suffisante. Elles ne sont pas le signe certain d'hémorragie méningée. Elles ne prédominent pas nécessairement du côté lésé.

Un cas d'épilepsie temporale autoprovoquée et le problème de l'autostimulation cérébrale hédonique, par M. P. Ch. Van Reeth

Relation d'un cas d'épilepsie psychomotrice avec foyer temporal, dont l'aura est faite d'un sentiment de bonheur paradisiaque suivi de reviviscence de souvenirs heureux de la première enfance. Ces accès sont recherchés par le patient, qui a découvert pouvoir les provoquer en fumant une cigarette de façon rapide et profonde (hyperpnée ?). L'évolution de la maladie verra s'inverser la tonalité affective de l'aura.

Cette observation est rapprochée des expériences électro-physiologiques d'auto-stimulation du cerveau et de la mise en évidence d'un système cérébral de motivation hédonique.

Un cas de porphyrie aiguë intermittente, par M. J. Van Laere.

A propos d'un cas personnel de porphyrie aiguë intermittente, dont la relation est illustrée par quelques images cinématographiques, l'auteur rappelle brièvement la symptomatologie de cette curieuse affection. Il souligne le fait que cette maladie est moins exceptionnelle qu'on ne l'admet généralement ; elle appartient au type d'affections auxquelles il suffirait de songer plus souvent pour en poser plus fréquemment le diagnostic, tant la sémiologie en est particulière.

Evolution de la neurosécrétion hypothalamique avec l'âge, par M. P.-Y. Duchesne

Une étude de lots de souris de race pure indique que la quantité de neurosécrétat observée dans l'hypothalamus augmente avec l'âge, de façon progressive en certains endroits, rapidement en d'autres. Chez l'adulte apparaissent d'autres localisations, en dehors de l'hypothalamus. Enfin, des variations qualitatives n'interviennent que dans la sénilité : les corps de Herring prennent un aspect irrégulier, grossier.

Etude électro-encéphalographique, électro-myographique et myographique, d'un syndrome myoclonique, chez deux enfants, frère et sœur, atteints d'une forme infantile tardive de l'idiotie amaurotique. Essai de corrélation anatomo-physiopathologique, par M. G. Carels.

Les deux patients ont été observés régulièrement pendant plus d'un an et 40 électro-encéphalogrammes ont pu être enregistrés. La dérivation simultanée des potentiels cérébraux et musculaires accompagnant la myoclonie a montré que la réponse musculaire précède la réponse cérébrale, que chacune d'elles peut exister indépendamment de l'autre et que toutes deux peuvent avoir au même moment une amplitude et une distribution spatiale telles qu'il est improbable que le potentiel électro-encéphalographique soit responsable du potentiel musculaire. Ces faits amènent à situer la structure émettrice des décharges myocloniques à un niveau sous-cortical. La mesure de la période réfractaire neuronique, l'estimation de la vitesse de propagation de l'influx « myoclonique » dans la moelle, l'étude des caractères des potentiels oscillographiques, la comparaison de ces résultats avec ceux de French ont conduit l'auteur à formuler l'hypothèse que le générateur des myoclonies était probablement réticulaire.

Cette hypothèse se justifie par ailleurs par l'existence dans les deux cas de lésions dans la formation réticulée du tronc cérébral. L'auteur discute la pathogénie de ces phénomènes à la lumière des documents anatomiques concernant les syndromes myocloniques.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Contribution clinique à l'étude des états hypnagogiques induits et dirigés, par J.-C. Benoit. (*Thèse,* Paris, 1959).

Les états où la conscience perd ses caractéristiques de vigilance, ses impératifs logiques, ses modes rationnels d'expression, apportent un riche matériel aux études de la psychopathologie. Cette règle intervient avec évidence dans la démarche du psychothérapeute lorsqu'il se penche sur les associations d'idées d'une pensée spontanée comme dans la psychanalyse, ou lorsqu'il conduit une investigation anamnestique chez un sujet hypnotisé. Il s'agit dans ces cas du relâchement induit de la conscience vigile, rationnelle, sociale. Par ailleurs, la pathologie psychiatrique apporte des exemples innombrables, dans la plupart de ses catégories nosologiques, de ces déstructurations au cours desquelles s'observent la reviviscence du passé ou des néoformations imagées hallucinatoires rappelant le rêve. La confusion mentale onirique, sur un plan purement sémiologique, et quelle que soit par ailleurs son étiologie, en est l'exemple le plus frappant. De tels états ont permis d'utiliser les schémas jacksoniens de dissolution-libération des structures psychologiques et de conduire une description des symptômes de déficit, traces de la lésion psychotique ou névrotique, et des symptômes positifs libérés par le même processus. On peut trouver de semblables recherches avant Jackson lui-même parmi certains grands maîtres de la psychiatrie française du milieu du siècle dernier, et parmi eux J. Moreau (de Tours). Cet auteur a montré, il y a déjà bien longtemps, que l'atteinte portée à la conscience par une drogue comme le haschich se rapproche de celle déterminée par le sommeil, que le « délire » et l'hallucination sont des proches parents psychologiques du rêve. C'était là un effort remarquable pour rapprocher l'aliénation d'une expérience humaine générale, compréhensible.

L'état hypnagogique spontané, expérience psychologique banale, constitue une déstructuration partielle de la conscience, en ce sens qu'une part attentive de celle-ci est conservée et permet la mémorisation et l'étude introspective, ou guidée, du matériel qui a pu le constituer. J.-C. Benoit introduit par ces rappels historiques et par le résumé des travaux des psychologues sur la conscience hypnagogique, sa thèse sur les états hypnagogiques induits et dirigés. Il rappelle le rôle étiologique que, dans un mémoire célèbre, Baillarger faisait jouer à l'hypnagogium dans le déterminisme ou l'entretien de syndromes hallucinatoires, rôle étiologique que la clinique quotidienne permet parfois de retrouver. Ce rôle négatif de déstructuration de

la vigilance que comporte l'état hypnagogique ne peut-il être à l'inverse utilisé par le médecin pour une resynthèse de la conscience, au cours d'un processus de cure psychothérapeutique ? L'auteur le croit et veut en donner pour exemple trois formes d'induction et de direction médicale de l'état hypnagogique : la subnarcose barbiturique, la relaxation et le rêve éveillé.

De nombreux travaux ont déjà été consacrés à l'appoint diagnostique et thérapeutique que représente en psychiatrie la subnarcose barbiturique. La déstructuration obtenue par les barbituriques est très maniable, elle offre des possibilités de reviviscence mnésique dont l'emploi s'est révélé fructueux face surtout aux névroses émotionnelles et précieux dans de nombreuses autres affections mentales. De ces possibilités diagnostiques et thérapeutiques, plusieurs nouveaux exemples sont apportés par l'auteur, à propos de trois cas de dépression anxieuse, d'un cas de névrose obsessionnelle et d'un cas de schizophrénie.

La relaxation conduite selon la méthode de Schultz détermine un vécu cénesthésique et se fonde sur la culture de ces sensations somatiques pour assurer une sédation neuro-végétative et psychologique dans des états névrotiques et psychosomatiques. J.-C. Benoît en apporte également quelques exemples cliniques. Il insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas là de la recherche d'une détente seulement physiologique, en quelque sorte mécanique, mais de l'apprentissage de la connaissance d'un être cénesthésique. Cette prise de connaissance aboutit progressivement à la régularisation d'une tension neuro-végétative et d'une cénesthésie troublées, et favorise la réharmonisation des contacts interhumains.

Le rêve éveillé dirigé de R. Desoille, enfin, se rapproche plus franchement encore de la définition de l'état hypnagogique. Une détente physique aussi complète que possible, dans l'obscurité et le calme, permet l'apprentissage de la création d'une imagerie quasi-onirique, qui se détache peu à peu des réminiscences pour aboutir à des scénarios symboliques. Après une introduction à l'œuvre de R. Desoille, J.-C. Benoit nous rapporte quelques rêves éveillés obtenus chez une névrotique. A cette dernière partie de son travail, il joint le compte rendu de travaux récents des écoles psychiatriques anglo-saxonne et allemande. Les expériences hallucinatoires toxiques, lorsqu'elles n'aboutissent pas au débordement total de la conscience, c'est-à-dire lors de l'utilisation de doses faibles à visée psychothérapeutique, apportent un matériel quasi-onirique assez proche de celui de certaines séances de rêve éveillé. Un même matériel s'observerait dans les rêves expérimentaux que déterminent chez leurs névrotiques les hypnotiseurs anglo-saxons. Les tentatives de certains auteurs allemands, autour de Schultz et de Kretschmer, aboutissent à des démonstrations voisines. Les expériences imagées ainsi obtenues seront utilisées pour une restructuration de la personnalité morbide.

Ainsi, la thèse soutenue par J.-C. Benoit se dédouble en deux thèmes : 1) il existe dans la subnarcose barbiturique, la relaxation et le rêve éveillé dirigé des caractéristiques communes de conscience, proches de celles de l'état hypnagogique ; 2) ces caractéristiques favorisent l'investigation diagnostique et certaines tentatives thérapeutiques.

Excellent travail, qui apporte des lumières complémentaires sur ces techniques thérapeutiques nouvelles (états hypnagogiques dirigés) riches de promesses, surtout dans le traitement des névroses.

Paul Abély.

Formes nouvelles d'analyse du langage. (*Journal de Psychologie*, 55e année, n° 3, juillet-septembre 1958).

Un numéro du *Journal de psychologie* réunit une série de travaux consacrés aux « formes nouvelles d'analyse du langage ». Certains de ces articles traduisent le mouvement général qui oriente les études contemporaines de la linguistique, d'autres offrent des exemples concrets de l'application des méthodes qui ouvrent ces voies neuves.

Bien des notions apparaissent dans ce domaine sous un jour original si l'on veut bien considérer la linguistique comme la science d'un mode de communication interhumain et des éléments d'une intersubjectivité, situés dans le cadre du discours ou du dialogue. E. Benveniste étudie ainsi l'intervention de la subjectivité dans le langage. Les implications de cette subjectivité font du langage un des substrats de l' « égo » : « C'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet. » Le pronom, je, tu, le temps du verbe, manifestent dans le langage la catégorie de la personne, la situent face à autrui, dans un monde de rapports interhumains, et dans le temps. C'est pourquoi il faut s'appliquer à analyser la « conscience linguistique ». A. Mirambel présente un « Essai sur la notion de conscience linguistique », où il montre que cette notion déborde le simple fait d'une perception de l'acte subjectif du langage. Elle comporte des indications sociales, elle peut être formée par l'éducation, ou utilisée pour orienter le courant du développement lexical. Ainsi se joignent l'individuel et le collectif. La conscience linguistique se lie à l'acte linguistique. Celui-ci implique un rapport intersubjectif puisqu'il permet de découvrir et de décrire « d'abord la relation du locuteur à l'auditeur, puis la réciprocité de cette relation du fait que l'auditeur est lui aussi locuteur, comme le locuteur est en même temps auditeur ».

Les analyses du langage, instrument de communication, ont beaucoup bénéficié récemment du maniement des moyens statistiques, jusqu'à ce qu'une discipline spéciale se détache : la linguistique statistique. L'article de P. Guiraud, « Langage, connaissance et information », l'exposé expérimental de D. Oléron, « Pour une étude psychologique de la redondance », montrent qu'il existe des lois, longtemps ignorées, de l'emploi des signes linguistiques. Les sons, les mots, les formes grammaticales reviennent avec une fréquence parfaitement stable et non individuelle. On doit beaucoup à G. K. Zipf dans la démonstration de ce point, on lui doit aussi l'hypothèse initiale que ces relations de fréquence seraient liées au principe du moindre effort. L'image de la pensée que donnent ses modèles mécaniques, les machines électroniques, a permis de préciser cette notion sous la forme de la règle suivante : « La fréquence des signes linguistiques est liée à leur contenu d'information » et cette relation correspond à « une économie des délais de codages ». Ceci s'exprime aussi en des formules mathématiques simples. Les grands principes de la théorie de l'information peuvent être appliqués au langage et en particulier cette définition frappante : « Comprendre, c'est apprécier une probabilité. » Le langage humain serait l'exemple, admirable, d'un système de communication où l'élaboration et l'utilisation du système de signes se font dans les conditions les plus économiques possibles. L'étude expérimentale de la redondance apporte un exemple concret de l'application des méthodes statistiques et montre les bénéfices et les approfondissements qui, par elle, enrichissent les études linguistiques.

Ces méthodes, fort objectives dans leurs résultats, n'ont pas étouffé le développement de l'étude des significations, la sémantique. S. Ullmann montre, dans « Orientations nouvelles de la sémantique », que les progrès dus à la phonologie, à la morphologie, ne sauraient restreindre l'intérêt de l'étude des sens et du vocabulaire. On ne peut, face au langage humain, se limiter à l'étude des sons et de la grammaire. Cette recherche des lois qui président à la création et à la transformation des sens verbaux, à la naissance et à la mort des expressions et locutions, bénéficie de deux méthodes complémentaires, l'une descriptive, dite « synchronique », l'autre historique ou « diachronique ». Toutes deux sont des méthodes d'étude structurale, on leur doit la description des phonèmes, l'analyse des tendances sémantiques des langues particulières, des structures lexicales et du vocabulaire.

Des études plus spécialisées complètent ce numéro du *Journal de psychologie :* A. Rygaloff : « A propos de l'antonymie : l'exemple du chinois », A. Martinet : « La construction ergative et les structures élémentaires de l'énoncé », M. Durand : « La perception de sonorité consonantique ». Il se termine sur la première partie d'un intéressant travail de M. Chastaing : « Le symbolisme des voyelles. Signification des *i* ». M. Chastaing s'attache à faire apparaître l'intervention de la voyelle *i* dans les symboles de cris et de mouvements. Une introduction présente la justification scientifique de recherches qui n'ont pu manifester toute leur valeur que parallèlement à l'étude psychologique des « motivations ». Le linguiste, et ses connaissances « synchroniques » ou historiques, doit s'adjoindre ici le psychologue expérimentateur et ses outils statistiques, témoins d'objectivité. Citons un exemple joli qui montre combien ce type de recherche s'éloigne peu du vécu quotidien, sans toutefois négliger la connaissance savante : « A une joue que dessinait jadis le mot *gifle*, le mot *tape* ajoute un bruit, *torgnole* le mouvement tournant du tapeur, *paumée* l'outil de ce dernier, et *beigne* son œuvre. Le vocabulaire compose, ainsi, un tableau des soufflets où il définit ceux-ci par les éléments qu'il synthétise : visage, plat d'une main ouverte, frappe, claquement. » La voyelle dans le mot est un écho de l'acte et la langue nous apprend « que nous employons le lexique des sons pour dénommer des actes où concerte, avec des parties visuelles et tactiles, une partie sonore. Les voyelles symboliques fournies par ce lexique symbolisent en conséquence d'autres vérités que celles de l'ouïe ».

J.-C. Benoit.

Les douleurs de l'hypocondre droit et de l'épigastre chez le Nord-Africain musulman, par J. Villaret. (*Thèse*, Marseille, 1958, dactylographiée).

Quoique ce travail ait été envisagé d'abord d'un point de vue gastro-entérologique, il intéresse directement la clinique psychiatrique par ses implications.

L'auteur a étudié une série de 44 malades de même origine géographique suivant un plan bien établi et visant à la fois l'état clinique digestif et l'état mental associé. Il a pu démontrer que tous ces malades présentaient un syndrome organique bien particulier et doué de stigmates objectifs qu'il décrit en se basant sur les explorations radiologiques et endoscopiques. En ce qui concerne l'état mental, il ne considère pas que les conditions tenant à l'émigration, aux facteurs économiques ou à l'atmosphère politique soient

vraiment spécifiques. Mais en envisageant un point de vue dynamique plus profond, deux mécanismes ont paru beaucoup plus importants : d'une part la notion que de tels malades ont de leur propre corps, d'autre part les attitudes de dépendance d'ordre divers, où intervient surtout la nature des relations mère-enfant, dans lesquelles se succedent le plus souvent sans la moindre transition parasitisme prolongé et solitude non préparée.

J. Alliez.

Quelques réflexions à propos de l'onomatomanie, par R. Mayaud. (*Thèse*, Marseille, 1959, dactylographiée).

L'auteur a étudié longuement l'histoire d'un malade présentant depuis de nombreuses années une onomatomanie obsessionnelle, qui finit par constituer le symptôme quasi isolé de sa névrose.

Il en souligne la signification particulière, à la lumière surtout des conceptions phénoménologiques et gestaltistes, l'affection constituant un exemple particulièrement caractérisé de rationalisation verbale morbide du réel, un type d'asservissement à un comportement abstrait. Il rapproche de ce cas une autre observation où l'onomatomanie a une signification toute différente, la recherche du mot perdu réalisant, au contraire, un type de comportement concret, chez un sujet présénile présentant des troubles mnésiques débutants.

L'analyse séméiologique, l'étude biographique, l'appréhension de l'intentionnalité de la représentation ou de l'expression verbales ont permis d'attribuer au même symptôme singulier que constitue l'onomatomanie, observé dans des contextes distincts, une signification paradoxalement opposée.

J. Alliez.

Introduction à l'étude des troubles du comportement alimentaire. Apport des données sociométriques, par Denyse Pache. (*Thèse*, Marseille, 1959, dactylographiée).

Ce travail, effectué principalement dans le service d'endocrinologie du professeur Vague, intéresse le psychiatre à divers titres. Il constitue d'abord une mise au point étendue et exhaustive des divers aspects du comportement alimentaire, envisagé suivant les plans d'ordre neuro-physiologique, psycho-physiologique et anthropologique. A ce dernier point de vue, l'auteur oppose d'abord, cliniquement, les maigreurs nerveuses, considérées sous un angle élargi et dont l'anorexie mentale des adolescentes n'est qu'un des aspects, aux obésités. Dans le premier cas, le trouble alimentaire paraît être essentiellement une conduite de restriction ou de refus, tandis que dans les obésités, semble au contraire exister au premier plan une régulation défectueuse et primitive des structures réglant l'homéostase pondérale. Mais, si ces manifestations sont de sens opposé au point de vue somatique, elles trouvent leur unité dans une perspective psychogénétique, inspirée des notions freudiennes relatives à la valeur symbolique et affective de la nourriture.

La partie la plus originale de cette thèse consiste dans l'étude sociométrique de huit femmes, dont quatre maigres et quatre obèses, placées dans des conditions rigoureusement identiques d'hospitalisation.

L'enquête a été à la fois personnelle (tests sociométriques, à l'entrée et à la sortie, interviews, schéma topographique des liens affectifs extra-hospitaliers, questionnaire de Maisonneuve) et collective (sociomatrices d'entrée et de sortie, classement suivant des critères divers de contact et de lien). Les données obtenues doivent être interprétées en tenant compte des résultats acquis chez les sujets par les méthodes classiques d'ordre psychologique et psychiatrique : l'intérêt de cette étude, originale dans le domaine des altérations de la conduite alimentaire, est de montrer leur corrélation éventuelle avec des troubles significatifs de l'adaptation sociale, dont l'importance pratique peut être considérable, par exemple dans la mise en œuvre des psychothérapies de groupe au cours de tels états « psychosomatiques ».

J. Alliez.

Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur, par L. Chertok. (Un volume de 348 pages, L'expansion scientifique française éditeur, Paris, 1958, deuxième édition).

La première édition du livre de L. Chertok sur l'accouchement sans douleur a constitué un grand succès de librairie, puisqu'elle a été aussitôt traduite en trois langues et qu'elle est rapidement devenue introuvable en France. L'auteur a mis à profit le second tirage pour accroître sensiblement et mettre à jour sa documentation, et adjoindre plusieurs chapitres nouveaux.

L'on pourrait penser qu'un travail sur l'accouchement n'est pas *à priori* destiné au public psychiatrique. Il n'en est rien, et dès le début de l'ouvrage sont posés les rapports de l'analgésie et de la psychothérapie. Un historique qui remonte à 1833 (Foissac) montre qu'à l'époque du « magnétisme » l'on se préoccupait déjà d'applications obstétricales. Ce qui amène rapidement l'auteur à rouvrir la grande discussion de l'hypnose et de son rapport avec l'hystérie. Ayant subi en France l'éclipse que l'on sait, l'hypnothérapie resta en honneur dans les pays germaniques (notamment pendant et après la première guerre mondiale) puis en Russie, où Platonov, psychiatre de Kharkov, et son élève Velvovski définissent dès 1923 la « MHS » ou méthode hypnosuggestive. Forme « macroscopique » de la relation psychothérapique, la MHS est intéressante du point de vue doctrinal, mais son application est toujours restée limitée. La méthode de Read, exposée pour la première fois en 1933, s'en distingue par un aspect plus didactique et par l'introduction de techniques physiothérapiques (relaxation) ; comme le remarque Chertok, ses frontières avec la MHS sont moins nettes que Read ne l'avait cru.

La méthode psychoprophylactique (MPP) est celle qui a pris le plus d'extension. Fruit de la MHS, se référant comme elle au pavlovisme, la MPP s'appuie sur l'hypothèse que la douleur est d'origine essentiellement corticale et constitue un réflexe conditionné. L'analgésie est obtenue par l'intermédiaire de la parole, en fonction d'une préparation codifiée, et avec des précautions d'ordre psychologique telles (accueil à la maternité, attitude du personnel médical et paramédical, etc...) que l'on y retrouve de très nombreux points communs avec la pratique psychiatrique.

Le Dr Chertok n'hésite pas à entrer dans le détail, aussi bien des différentes techniques que des discussions théoriques auxquelles elles ont donné

lieu. L'on ne peut manquer d'être frappé par le contraste entre la netteté univoque des résultats et la multiplicité, extrême, des interprétations. L'auteur y apporte quelques clartés intéressantes, notamment en discutant les facteurs affectifs et émotionnels, la peur, l'angoisse. Le chapitre « Exposé des problèmes soulevés » contient des vues personnelles pénétrantes sur la pluralité des niveaux d'intégration de la douleur et se termine par quelques pages consacrées à la participation du mari et aux aspects généraux d'hygiène mentale.

Appuyé sur une érudition sans défaut (582 références), témoignant d'une objectivité parfaite, le Dr Chertok n'élude aucune difficulté et éclaire brillamment certains aspects, parmi les plus controversés, de la psychophysiologie et de la psychiatrie contemporaines.

Cl. Veil.

Traité de la psychiatrie, vol. 2, psychiatrie clinique, par Lucio Bini et Tullio Bazzi. (Un volume, in-8°, 814 pages et 210 figures ou graphiques, Casa editrice Dottor Francesco Vallardi, Milan, 1959).

La première partie de cet important ouvrage est une introduction à la psychiatrie clinique. Après avoir exposé différentes classifications proposées pour les maladies mentales (par Kleist, Henderson et Gillespie, Sadler, Tanzi et Lugaro, Bumke) et défini le sens de termes tels que physiogène, psychogène, organique, endogène, exogène, idiopathique, fonctionnel, intragénique, extragénique, M. L. Bini indique la classification adoptée dans ce traité et basée sur les distinctions essentielles entre les concepts de « l'organique », de « l'endogène », du « psychogène ». Des notions de technique séméiologique et de diagnostic général (diagnostic des syndromes mentaux, diagnostic clinico-nosographique) terminent cette première partie.

Dans la seconde partie du traité, MM. Lucio Bini et Tullio Bazzi exposent la clinique des psychoses organiques. Dans une introduction, M. L. Bini étudiant la symptomatologie générale, classe les syndromes en syndromes typiques réversibles (confusionnels ou lucides) et irréversibles (démence, régression mentale, phrénasthénie, détérioration et pseudo-psychopathie, syndrome amnésique lacunaire) et en syndromes atypiques (de type schizophrénique, de type dysthymique, de type psychonévrotique). Il en résume les caractéristiques et situe ensuite les problèmes d'étiopathogénèse (facteurs exogènes, facteurs endogènes et facteurs psychogènes), les problèmes d'anatomie pathologique et les problèmes de nosologie clinique, aboutissant ainsi à une division des psychoses organiques en psychoses symptomatiques, psychoses organiques typiques par encéphalopathies (traumatiques, phlogistiques, tumorales, vasculaires, dégénératives, idiopathiques) et psychoses à nosologie syndromique (phrénasthénie, épilepsie).

Conformément à ce plan, M. T. Bazzi étudie successivement les psychoses symptomatiques des toxi-infections et des états parasitaires, celles des maladies de certains organes ou systèmes (cœur, rein, foie, sang, etc.), des dyscrasies, des endocrinopathies, à l'occasion de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement, et les psychoses exogènes cryptogénétiques (délire aigu, amentia cryptogénétique). Il consacre ensuite un chapitre aux psychoses par encéphalopathie due aux agents physiques (traumatismes, coup de chaleur, froid, électricité, radiations ionisantes) ; un long chapitre aux psychoses par intoxication allogène (intoxications industrielles, médi-

camenteuses, alimentaires, intoxications volontaires) ; un chapitre aux psychoses par encéphalite (rage, encéphalite épidémique, panencéphalite, sclérose multiple, sclérose diffuse) ; un chapitre aux psychoses dues à la neuro-syphilis (psychoses syphilitiques non paralytiques, paralysie progressive), à leur anatomie pathologique, leur pathogénèse, diagnostic, pronostic, traitement.

C'est à M. L. Bini que sont dus les importants chapitres sur les psychoses liées à l'encéphalopathie dégénérative idiopathique (chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard ou le présénile) et sur les psychoses par encéphalopathie d'origine vasculaire (artériosclérose cérébrale, thrombose oblitérante, rhumatisme cérébral chronique, migraine, etc.).

Après un exposé par M. T. Bazzi des psychoses dues à des tumeurs cérébrales de types différents et de localisations diverses (tableaux cliniques, étiopathogénie, diagnostic, pronostic et thérapeutique), MM. L. Bini et T. Bazzi abordent par la phrénasthénie (oligophrénie, déficience mentale), à laquelle ils consacrent un long chapitre, l'étude des psychoses à nosologie syndromique. Le dernier chapitre de ce traité, rédigé par M. L. Bini, voit une étude de l'épilepsie, de sa physiopathologie, de sa pathogénie, de son anatomie pathologique, de son étiologie, de sa symptomatologie (psychique, somatique, humorale, électro-encéphalographique, radiologique), de ses variétés, de son diagnostic dans les formes marginales, de son pronostic, de sa thérapeutique.

De nombreuses gravures, d'abondants tracés ornent ce livre, très bien édité, que terminent une riche bibliographie et un index analytique.

V.-J. Durand.

Le phénomène psychique d'extranéité. Sur l'origine et les modalités d'apparition de la dépersonnalisation, par le professeur Joachim-Ernst Meyer, premier assistant de la clinique neurologique de l'Université de Munich. (Un volume VIII-64 pages, grand in-8°, Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959, D.M. 11,35).

Comme l'indique l'auteur dans sa préface, les phénomènes de dépersonnalisation sont très fréquents. Etudiant tout d'abord la signification du symptôme, il montre les caractères d'ubiquité de la dépersonnalisation et de la déréalisation, d'où évocation de problèmes cliniques, phénoménologiques et génétiques.

On peut considérer la dépersonnalisation et la déréalisation comme des troubles des rapports entre Moi et monde extérieur. Il y a isolément du Moi, difficultés de sa communication avec le monde. Les phénomènes compulsifs et la dépersonnalisation sont des troubles opposés des relations Moi-monde extérieur.

La dépersonnalisation peut apparaître comme une réaction à un Erlebnis. En face d'une situation stressante, aiguë, inattendue, la dépersonnalisation peut être une réaction humaine générale (un exemple est rapporté). Dans d'autres cas, au contraire, la dépersonnalisation se voit dans des situations de détente après une forte tension émotionnelle. Plus fréquemment, elle est à rattacher à des situations de conflits (deux observations). Il est des cas où la dépersonnalisation se présente comme un symptôme névrotique. Par-

fois alors, le syndrome de dépersonnalisation est atypique (deux exemples). Chez d'autres sujets, on peut parler de dépersonnalisation hystérique (un exemple).

La dépersonnalisation et des syndromes d'obnubilation peuvent également se voir au cours de quelques états mystiques, particulièrement de l'extase.

Les crises de maturation, comme elles se présentent au moment de la puberté, peuvent déterminer l'apparition de signes de dépersonnalisation. L'anorexie mentale elle-même peut montrer certaines relations avec ce dernier syndrome.

Enfin, il est nécessaire de connaître la dépersonnalisation anancastique.

Après avoir évoqué les conceptions antérieures relatives à la génèse de phénomènes de dépersonnalisation et les problèmes thérapeutiques correspondants, l'auteur caractérise, dans un dernier chapitre, les différents aspects cliniques de la dépersonnalisation. Celle-ci, comme réaction aiguë est, au fond, une manifestation de psychologie normale. Mais son pronostic est souvent difficile à préciser. La dépersonnalisation hystérique, la dépersonnalisation mystique possèdent davantage de caractères pathologiques. Les formes observées lors des crises de maturation pubertaire ou après la puberté posent de difficiles problèmes de diagnostic avec la schizophrénie. Souvent et à n'importe quel âge, la dépersonnalisation peut avoir un rôle de protection. Parmi les traits de personnalité que l'on rencontre chez les dépersonnalisés, il faut citer à la première place les sentiments d'insécurité.

En appendice, description résumée des planches du Thematic Apperception Test de Murray. Bibliographie (77 références).

V.-J. Durand.

Le mongolisme. Principaux problèmes médicaux, psychologiques et sociaux, par R. Lécuyer. (*Thèse de médecine*, 1 vol. 152 pages, Doin et Cie, édit., Paris, 1958).

Le mongolisme, ou maladie de Langdon-Down, est une affection relativement fréquente en France comme en témoignent les chiffres cités par l'auteur au début de son travail : un cas sur 500 naissances, 20.000 cas environ actuellement vivants. Si les caractéristiques générales de la maladie, associant à une arriération mentale une morphologie typique, sont bien connues, l'auteur cherche à préciser pourtant certaines particularités suivant l'âge, le niveau mental, les signes biologiques, en vue de distinguer les facteurs pronostiques de la maladie. Retenons surtout de la discussion le problème des limites du mongolisme. Selon Lécuyer, qui adopte en cela la position de nombreux chercheurs, « pour qualifier un individu de mongolien, il lui faut présenter, d'une part une arriération ne dépassant pas la débilité profonde (quotient intellectuel inférieur à 65), et d'autre part la moitié au moins des signes de la série mongolienne. Cette série comporte d'une part les signes classiques : aspect scrotal de la langue, épicanthus, ligne palmaire transverse, main courte et large avec doigts divergents, microbrachycéphalie, aplatissement du faciès, fente palpébrale étroite et oblique, anomalies buccales, hyperlaxité ligamentaire et hypotonie musculaire ; d'autre part, des signes moins classiques mais valables cliniquement et d'une grande fréquence : pouce hypotrophique, auriculaire petit et incurvé, incisure plantaire, agénésie des os propres du nez, malformations auricu-

laires, raucité de la voix. Après avoir décrit et analysé les signes associés possibles (malformations congénitales ou affections acquises), l'auteur discute le problème des limites du mongolisme pour conclure personnellement à l'existence de cas intermédiaires, les arriérés mongoloïdes. De toutes façons, certains diagnostics différentiels sont à éliminer, surtout le myxœdème, moins souvent l'achondroplasie, le rachitisme.

Sur le plan biologique, un certain nombre de recherches systématiques ont été utilisées par l'auteur. L'électro-encéphalogramme montre, d'une part la rareté extrême de la comitialité chez les mongoliens, d'autre part l'immaturation des tracés chez les sujets jeunes, qui s'atténue d'ailleurs progressivement avec l'âge. Au point de vue humoral, on note l'augmentation du rapport calcirachie/calcémie. Au point de vue hématologique, on trouve une déviation à gauche de la formule d'Arneth.

Dans le domaine psychopathologique, R. Lécuyer insiste surtout sur la perfectibilité intellectuelle de ce type d'arriérés et la particulière importance de l'environnement affectif. L'humeur de ces sujets est marquée par l'hyperémotivité, l'instabilité, l'entêtement. Au point de vue intellectuel, l'instabilité et la fatigabilité de l'attention, le retard global des fonctions intellectuelles expliquent la lenteur et les difficultés d'une rééducation néanmoins possible.

Sur le plan anatomo-pathologique, l'auteur signale l'atteinte hypophysaire, décrite comme essentielle par Benda. En ce qui concerne l'étiopathogénie, il semble s'agir d'une altération ovulaire accidentelle, d'origine vraisemblablement neuro-endocrinienne, où le rôle de l'hypothalamus serait primordial.

La conduite à tenir est essentiellement faite de surveillance médicale et de rééducation psychopédagogique dans laquelle la technique et l'affectivité des éducateurs et du milieu familial sont également importantes. « L'avenir du mongolien, dit l'auteur en terminant, est conditionné, d'une part par les possibilités intellectuelles et affectives de l'enfant, mais d'autre part et surtout par l'attitude de l'entourage au cours de l'éducation. Le mongolien devra sans doute toujours vivre à l'intérieur d'un cadre ; mais à l'intérieur de ce cadre, il doit être capable d'avoir une vie autonome et le plus souvent il pourrait rendre suffisamment de services pour compenser en grande partie la charge qu'il représente pour la société. La seule condition étant la création pour les mongoliens qui n'ont plus de parents, d'établissements où ils seraient utilisés et non seulement parqués. »

Signalons à ce propos que l'ouvrage, outre une bibliographie fournie, comporte, sous forme d'appendice, une liste des établissements français qui, — en dehors des hôpitaux psychiatriques, — reçoivent des mongoliens. Cette initiative complète heureusement cet excellent travail, et ajoute à cet ouvrage un caractère d'utilité pratique auquel seront sensibles tous ceux qui s'intéressent aux tentatives de rééducation des mongoliens.

R. Ropert.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique dans le langage schizophrénique. Note 1. L'augmentation du halo sémantique, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 4, juillet-août 1958, p. 392-396).

L'auteur décrit une condition particulière du langage sémantiquement dissocié des schizophrènes, caractérisée fondamentalement par une augmentation du halo sémantique. Cela indique une plus grande extension de la signification, une plus grande indétermination du symbole, une plus grande ambiguïté et généralité du vocable ou du discours. L'augmentation du halo sémantique peut se réaliser au niveau d'une parole ou d'une classe déterminée de symboles ou d'une phrase entière, ou de tout le discours. Ce dernier cas est particulièrement évident dans le langage métaphorique et symbolique, fréquent dans les formes initiales, les formes atténuées et les formes encapsulées de schizophrénie. Quelques exemples sont rapportés.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique dans le langage schizophrénique. Note 2. La distorsion sémantique, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 4, juillet-août 1958, p. 397-413).

Il est possible de décrire dans le langage schizophrénique un trouble particulier, la distorsion sémantique, caractérisée fondamentalement par une translation de signification d'un symbole à un autre. L'auteur précise les principaux types de cette distorsion : les paralogismes, dans lesquels il y a translation de signification d'un symbole à un autre ; les néologismes, dans lesquels il y a création d'un symbole nouveau et donc translation de signification du symbole originaire au symbole néologique ; les langages néologiques ; les formes de distorsion sémantique parcellaire (troubles phonétiques et verbo-structuraux). Quelques exemples illustrent la description. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique du langage schizophrénique. Note 3. La dispersion sémantique, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 5, septembre-octobre 1958, p. 495-508).

On peut désigner sous le nom de dispersion sémantique un trouble du langage schizophrénique, caractérisé par une perte de la signification de langage (ou une diminution importante), un relâchement des liaisons

sémantiques entre signe et chose signifiée, une désorganisation formelle avec incohérence, mais conservation de l'usage linguistique du langage. Plusieurs types de dispersion sémantique sont possibles : abstractionnisme systématique à vide ; incohérence, salade de mots, verbigération ; interprétations philologiques ; agrammatisme, paragrammatisme, asyntaxie ; acataphasie ; formes atténuées de dispersion sémantique. Des exemples de chaque type sont rapportés.

V.-J. Durand.

Conceptions et limites actuelles de la schizophrénie. Revue synthétique, par Sebastiano Fiume (de Rome). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 5-6, septembre-décembre 1958, p. 477-496).

Après avoir montré l'état de malaise de la psychiatrie à l'égard du problème de la schizophrénie, l'auteur souligne que le congrès de Zurich n'a apporté aucune solution notable. Il lui apparaît préférable de rapporter les opinions exprimées au symposium de Madrid en 1957 et devant la Société médico-psychologique au printemps 1958. Ces opinions sont, d'ailleurs, dictées par des attitudes personnelles et ne font souvent qu'accentuer le dualisme entre organicistes et psychogénistes. L'auteur fait la critique de certaines de ces opinions, surtout en considération du fait qu'on ne peut parvenir à aucune entente, si certaines positions de principe ne sont pas abandonnées. De toute façon, plusieurs tendances sont en train de s'affirmer : l'une cherchant un compromis entre organicistes et psychogénistes, à travers une plus grande importance attribuée aux facteurs psychogènes et au facteur hérédo-biologique, l'autre essayant de remplacer le concept de maladie schizophrénique par celui de syndrome. Une controverse existe aussi à propos des limites de la schizophrénie. L'auteur estime que l'observation clinique et l'évolution de l'affection sous les deux seuls facteurs sur lesquels on peut se fonder pour établir les frontières de la schizophrénie.

V.-J. Durand.

La personnalité sociopathique à la lumière de la recherche psychodiagnostique, par Ennio de Renzi et Bianca Gatti (de Milan). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 5-6, septembre-décembre 1958, p. 509-558).

Les auteurs donnent une description détaillée des éléments caractéristiques permettant de reconnaître, en clinique, les personnalités sociopathiques et de les différencier des criminels courants. Dans ce but, une étude a été faite de vingt-trois sociopathiques agressifs, à l'aide des tests suivants : Weschler-Bellevue, Rorschach, Minnesota Multiphasie Personality Inventory, Rosenzweig. Il ressort des recherches effectuées que le psychodiagnostic de Rorschach est le moyen d'exploration psychologique et clinique le plus valable. Le M.M.P.I., tout en permettant d'intéressantes déductions caractérologiques, se révèle inefficace sur le plan diagnostique. Le test de Rosenzweig ne parvient pas à mettre en évidence l'agressivité de ces sujets. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Troubles psychiques et dystrophie myotonique, par Vincenzo Catalano (de Sienne). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 6, novembre-décembre 1958, p. 925-943).

Après une revue de la littérature, l'auteur présente deux cas de maladie de Steinert, chez une malade de 45 ans et chez un homme de 38 ans. Il était possible de retrouver, à côté des habituelles altérations dystrophico-myopathiques, un tableau psychopathologique caractérisé par un manque d'initiative, de l'indifférence affective, des variations de l'humeur en sens euphorique. Une discussion est ouverte sur la signification des symptômes psychiques et sur leur interprétation à la lumière des plus récentes conceptions pathogéniques de la dystrophie myotonique. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur l'hypocondrie, par Mario Montanari (de Ferrare). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 6, novembre-décembre 1958, p. 797-852).

L'auteur fait une soigneuse analyse psychopathologique de la symptomatologie hypocondriaque. Montrant qu'il est possible de la retrouver dans les principaux syndromes psychotiques ou psychonévrotiques, il conclut, cependant, en affirmant l'autonomie nosologique de l'hypocondrie vraie. Il y a dans cette dernière « erreur morbide du jugement perméable à la critique et à l'expérience, et vécue comme une peur relative à l'intégrité psychophysique de la personne ». La reconnaissance de l'autonomie du syndrome semble à l'auteur plus conforme à la clinique et susceptible de nombreuses et importantes répercussions pratiques. Au cours de l'exposé, sont rappelées et discutées les principales conceptions de l'hypocondrie. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution clinico-statistique et considérations étiopathogéniques sur les syndromes confusionnels amentiaux, par Alberto Parrini (de Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 6, novembre-décembre 1958, p. 965-992).

D'après une recherche sur les confusions mentales primitives et symptomatiques observées pendant vingt ans, l'auteur a examiné, au point de vue statistique, la fréquence de ces syndromes confusionnels, leurs caractéristiques anamnestiques, prodromiques et évolutives, ainsi que quelques critères pour le pronostic immédiat et lointain. Affirmant l'importance des antécédents psychopathologiques et de la phase prodromique, soumettant à une analyse aussi rigoureuse que possible les différentes causes déclenchantes présumées, l'auteur essaye d'apporter une contribution au difficile problème pathogénique. Il conclut en admettant, d'une part, une prédisposition (héréditaire ou acquise), sur laquelle intervient le mécanisme du syndrome d'adaptation de Selye, d'autre part, la prédominance de la nature psychogène des états confusionnels amentiaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Recherches factorielles sur les syndromes schizophrèniques, par I. Nicoletti et G. Magherini (de Florence). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 5-6, septembre-décembre 1958, p. 433-450).

Une étude a été faite chez 64 schizophrènes pour mettre en évidence des relations factorielles. On a pris en considération : l'ancienneté de la maladie, la présence de tares neuropsychiques familiales, le comportement, l'état affectif, l'idéation, la volonté, les divers symptômes pathologiques (illusions, hallucinations et pseudo-hallucinations, délires, négativisme, impulsions, maniérisme, stéréotypies). Tous ces éléments, évalués selon leur importance, ont été traduits en valeurs numériques sur la base d'une échelle de graduation. Les coefficients de corrélation établis entre chaque élément et tous les autres sont donnés, après analyse par la méthode centroïde de Thurstone. Ce système de rotation a été également appliqué aux facteurs obtenus. Les trois facteurs obtenus ont pu être comparés avec les syndromes cliniques décrits par Kræpelin. Il y a similitude frappante entre les ensembles symptomatologiques montrés par l'analyse factorielle et les formes de Kræpelin. Tableaux. Graphiques.

V.-J. Durand.

Étude électro-encéphalographique des psychoses délirantes et confusionnelles aiguës, par Th. Kammerer, F. Rohmer, L. Israël et A. Wackenheim. (*L'encéphale,* t. 47, n° 2, 1958, p. 73-87).

Des examens électro-encéphalographiques ont été pratiqués au cours de 164 psychoses délirantes et confusionnelles aiguës. Il s'agissait de 40 bouffées délirantes (26 primaires, 14 secondaires), de 112 confusions mentales (14 primaires, 38 secondaires, 60 delirium tremens), enfin de 22 syndromes de Korsakow (17 alcooliques, 4 traumatiques, un par presbyophrénie). L'analyse de ces tracés permet de rencontrer fréquemment un groupement caractéristique : activité alpha lente, irrégulière, réagissant incomplètement à l'ouverture des yeux, très sensible à l'hyperpnée et associée à des ondes lentes des différentes bandes. Le syndrome électrique se rencontre de plus en plus souvent à mesure que l'on passe des bouffées délirantes au tableau confusionnel, puis au syndrome de Korsakow. On peut dire que la fréquence de ce groupement de signes électriques est proportionnelle à un coefficient d'organicité propre aux diverses psychoses aiguës. Ce coefficient exprime la proportion d'étiologie organique dans le déclenchement des psychoses. Le coefficient d'organicité et la fréquence du syndrome électro-encéphalographique croissent avec la profondeur de la déstructuration de la conscience. D'autre part, il apparaît que ce syndrome électro-encéphalographique n'a rien de spécifique ; il n'y a pas de grapho-éléments caractéristiques des psychoses aiguës ; les anomalies paroxystiques ou les foyers de perturbation sont absolument exceptionnels. Aucune relation n'a été retrouvée entre un certain type de perturbations électriques et un signe clinique déterminé ; les tracés obtenus, même dans les cas de déstructuration profonde de la conscience, ne sont pas comparables à ceux du sommeil. Enfin, les anomalies observées ne sont pas équivalentes à des tracés obtenus chez des épileptiques ou des encéphalitiques. Six figures.

V.-J. Durand.

La « Weckanalyse » dans les états depressifs, par L. Ferrio, P. C. Besusso et G. Gandiglio (de Turin). (*Neuropsichiatria,* 14e année, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 411-426).

Les auteurs ont soumis à la « Weckanalyse » trente malades femmes atteintes de mélancolie. Ils classent les réponses en trois groupes fondamentaux : réaction anxieuse, réponse discursive, réponse négative. Après avoir signalé l'existence d'un rapport avec la conduite neuro-végétative concomitante, ils discutent la signification psycho-pathologique des résultats, particulièrement à propos de l'emploi de la même épreuve de « Weckanalyse » chez les schizophrènes. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Électro-encéphalographie et expertise médico-légale. Étude clinique et électro-encéphalographique de 94 délinquants épileptiques adultes, par J. Delay, G. et J. Verdeaux et R. Barande. (*L'encéphale,* t. 47, n° 1, 1958, p. 1-30).

Après avoir montré l'intérêt de l'électro-encéphalographie dans les troubles mentaux de l'épilepsie, ainsi que chez les agressifs, les auteurs indiquent quels sont les caractères essentiels de l'électro-encéphalogramme des délinquants. L'expertise psychiatrique peut bénéficier plus ou moins complètement de l'appoint de l'enregistrement électro-encéphalographique. La présente étude a porté sur l'ensemble de 1.500 détenus ou prévenus passés par le centre national d'orientation, à Fresnes, de septembre 1952 à juillet 1955. Tous avaient subi un examen électro-encéphalographique. Il fut possible de retrouver 14 épileptiques avérés, parmi lesquels : 78 à crises convulsives de fréquence moyenne, 16 à crises rares (isolées ou tardives). Les délits de ces 94 sujets peuvent se distribuer en huit catégories. Dans 34 cas, il s'agissait de délinquants primaires, dans 37 de récidives du même délit, dans 23 de récidives de délits différents. Au point de vue électro-encéphalographique, les tracés pouvaient être divisés en cinq grands groupes : 0 : tracés normaux au repos et à l'hyperpnée (3 cas) ; — 1 : tracés de repos à la limite de la normale, inchangés par l'hyperpnée (soit aspect irrégulier ou pointu, ou asymétrique : 5 cas ; soit tracés plats : 3 cas ; soit rythme de base de type thêta : 5 cas) ; — 2 : tracés montrant au repos ou après hyperpnée des altérations évoquant la comitialité, mais non pathognomoniques (thêta irrégulier, asymétrique ou pointu : 26 cas ; thêta en bouffées paroxystiques : 19 cas) ; — 3 : tracés présentant des ondes lentes de type delta avec ou sans hypersynchronisme (14 cas) ; — 4 : tracés montrant : des pointes successives (10 cas), des pointes-ondes (9 cas). De la confrontation des données électro-encéphalographiques et cliniques, il apparaît que les trois quarts environ des délinquants épileptiques ayant des antécédents d'alcoolisme, de traumatismes craniens, de somnambulisme, d'énurésie, de convulsions infantiles, de déficit intellectuel, ont des altérations pathognomoniques ou fortement évocatrices de comitialité. Diverses observations peuvent être faites sur les rapports entre signes électro-encéphalographiques et nature des délits, ainsi : les vols simples, les meurtres, les attentats à la pudeur ont des altérations graves de l'électro-génèse cérébrale. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La mesure et les variations du tonus « psycho-affectif » humain, par Paul Delmas-Marsalet. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* 122e année, 3e série, t. 142, n° 27-28, p. 735-742).

La mesure du tonus musculaire strié est susceptible d'être employée pour l'exploration psycho-physiologique. Quand un muscle strié est soumis à des excitations faradiques espacées et qu'on enregistre les réponses grâce à un tambour de Marey, on observe que ces réponses peuvent présenter une amplitude variable avec l'état psycho-affectif du sujet. La variation d'amplitude ne dépend pas d'un changement de situation du sommet des contractions, mais des niveaux variables occupés par le pied des secousses. Cette base fluctuante peut recevoir le nom de tonus. La ligne de base s'abaisse sous l'action du sommeil anesthésique, comme après infiltration du muscle à la novocaïne, les névroses d'angoisse se caractérisent par une ligne de base instable et ondulée révélant la labilité du tonus basal. Le pentothal rend cette ligne stable. Des sujets soumis à la relaxation de Schultz stabilisent progressivement leur tracé. Les excitations sensorielles sont hypotonisantes ou hypertonisantes suivant qu'elles entraînent des réactions agréables ou désagréables, ceci valant particulièrement pour la musique. Cinq figures.

V.-J. Durand.

Sur la grande fréquence des anoxies cérébrales aiguës et leur confusion avec l'epilepsie. Essai de réhabilitation de la syncope, par Henri Gastaut. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* 122e année, 3e série, t. 142, n° 27-28, p. 723-726).

Il apparaît que, pour la plupart, les pertes de connaissance transitoires, convulsivantes ou non, sont d'origine anoxique et non épileptique. Ainsi, le diagnostic de syncope pourrait être plus souvent porté. On doit en bien connaître la sémiologie : pâleur, perte de conscience, chute avec révulsion oculaire, bref spasme tonique en extension, précédé ou suivi d'une ou deux clonies, sensation de malaise épigastrique, nausée, hypersialorrhée, parfois perte des urines et des matières. L'électro-encéphalogramme montre des bouffées fusiformes d'ondes lentes bilatérales, synchrones et symétriques. Chez l'adulte, deux types de syncopes sont surtout méconnus : celle du sujet qui se lève la nuit et présente une hypotension orthostatique en pleine phase d'hypervagotonie hypnique ; celle des traumatisés craniens (knock-out des boxeurs). Chez l'enfant, un quart au moins des convulsions dites essentielles ne sont, en fait, que des syncopes banales de nature ischémique et dépendant d'un mécanisme cardio-inhibiteur ou vaso-dépresseur.

V.-J. Durand.

Le changement des structures « psychiques » dans la vieillesse, par Nyiró Gy. (*Ideggyógyászati Szemle, 11,* 29, 1958). (Adresse de l'auteur : Clinique de psychiatrie, Balassa-u.6. Budapest, Hongrie).

L'auteur formule les constatations gérontopsychiatriques suivantes :

1. Du point de vue psychologique, la vieillesse est un état physiologique.
2. Parmi les syndromes séniles, les crises séniles ou d'involution se

déroulent en majorité sur le terrain des « structures de relation », c'est-à-dire ils ont un caractère affectif.

3. On doit étudier les psychoses séniles se basant sur les caractéristiques de la vieillesse normale. Au début, elles sont réversibles et sans démence. Dans le second stade, les « structures stéréotypées » du comportement se brisent.

4. L'artériosclérose peut exercer un effet pathogénétique, mais dans les psychoses séniles elle n'a qu'un rôle pathoplastique.

JAKAB (Pécs).

Les psychoses post-opératoires, par B. ZEITLYN. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine,* vol. 51, n° 11, novembre 1958, p. 937).

Dans les travaux antérieurs sur cette question, on a tenu compte de la prédisposition de l'infection, des anesthésiques, des antiseptiques, de la gravité de l'opération, du rôle de l'anxiété, du siège de l'opération, en particulier des opérations ophtalmologiques.

Dans son étude, l'auteur ne tient compte que des réactions mentales suffisamment graves pour entraîner l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique. Son étude porte sur 80 malades (58 femmes et 22 hommes). Le nombre plus grand des femmes et la haute proportion d'opérations gynécologiques sont dignes de remarque. On note, dans 46 cas une réaction affective, dans 12 cas une réaction schizophrénique, un état confusionnel pour tous les autres cas sauf un sujet qui présenta une réaction névrotique. Parmi les formes confusionnelles, celles qui se sont associées à un état démentiel ou à un trouble cardiaque se développèrent immédiatement après l'opération ; dans la majorité des cas, il s'est écoulé un temps de latence de six à quatorze jours. Plusieurs opérations chez un même sujet ne sont pas toutes suivies de troubles mentaux. Au cours d'opérations successives, le même sujet ne présente pas de troubles mentaux chaque fois. Il ne semble pas que les femmes soient plus souvent atteintes de troubles mentaux post-opératoires que les hommes ; cependant, elles sont sujettes à cette complication à mesure qu'elles vieillissent. Pour l'auteur, les opérations abdominales et gynécologiques ne sont pas suivies plus souvent de psychoses que les autres, mais les hystérectomies constituent un plus grand risque. En conclusion, il n'y a pas une entité « psychose post-opératoire » pas plus qu'une entité psychose puerpérale. Le type de psychose dépend de facteurs prédisposants tandis que l'opération est une cause précipitante. Les facteurs émotionnels ne paraissent pas jouer un rôle important.

L. MARCHAND.

Discussion sur les méthodes de la médecine psychosomatique. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine,* vol. 51, n° 11, novembre 1958, p. 947).

Denis Leigh. — Il considère la médecine psycho-somatique comme une branche particulière de la médecine réservée à certains désordres dans lesquels les facteurs génétiques et constitutionnels ont une importance considérable et dans lesquels les rapports entre l'élément mental et le désordre corporel sont nets. Ainsi, le nombre des désordres psychosomatiques se

trouve considérablement limité. On doit avoir une connaissance étendue du système nerveux autonome et du système neuro-endocrinien, qui sont souvent intriqués, des propriétés variées anatomiques et physiologiques des organes, des systèmes respiratoire, gastro-intestinal, vasculaire et musculo-squelettique. Pour l'étude de ces désordres, on doit utiliser toutes les méthodes familières à la médecine et la chirurgie. Les difficultés commencent dès que la psychiatrie intervient en raison premièrement de sa terminologie inexacte, obscure, ayant peu de rapport avec celle de la médecine, deuxièmement en raison des connaissances qu'elle nécessite concernant les mécanismes mentaux peu familiers aux non-psychiatres ; troisièmement en raison des connaissances psychologiques pour la mesure de certaines fonctions telles que intelligence, dextérité, facilité de la parole. La médecine psychosomatique demande l'association du médecin, du psychiatre et du physiologue.

J. Sandler. — Un programme de recherches a été établi. Quelques-unes des investigations se rapportent aux phénomènes psycho-somatiques, en particulier à la relation entre la dyspepsie fonctionnelle, l'ulcère duodénal et les multiples états anxieux spécifiques. Les traits de la personnalité sont presque identiques chez les malades qui sont atteints d'ulcère duodénal ou de dyspepsie fonctionnelle. D'après les données de la statistique, les sujets qui souffrent de dyspepsie sont ceux qui sont ambitieux, consciencieux, qui ont des épouses impératives, etc... et qui vivent dans un état d'effroi. On note même rapport entre troubles intestinaux et phobie de l'école chez les enfants.

Max Hamilton. — Il préconise l'usage des méthodes psychométriques appliquées au problème de la personnalité dans l'ulcère duodénal. Il ressort que les malades ont des personnalités anxieuses et tendues et parfois un type obsessionnel. Il a étudié quatre groupes de sujets : 1° souffrant d'ulcère duodénal ; 2° d'ulcère gastrique ; 3° de simple dyspepsie ; 4° de sujets normaux comme contrôle. Il conclut qu'il n'y a pas de type spécifique de personnalité chez les sujets atteints d'ulcère duodénal. Il s'agit d'une combinaison de traits comprenant l'anxiété, des sentiments de culpabilité et de dépendance. Autre point intéressant, conséquences de ses recherches, les sujets souffrant d'ulcère duodénal n'ont pas une personnalité caractérisée par des traits obsessionnels.

R. H. Gosling. — Toutes les recherches ne sont basées que sur des hypothèses. Par exemple, le développement de l'ulcère gastrique est plus fréquent chez les personnes âgées que chez les jeunes ; on peut admettre que cette rareté chez les schizophrènes est due à ce qu'il s'agit surtout de sujets jeunes. Après avoir éliminé cette cause d'erreur, on note encore la même rareté de l'ulcère gastrique chez eux. On peut admettre alors qu'elle est due à leur protection hospitalière contre les stress de la vie journalière. Autre exemple d'erreurs, les conclusions peuvent être basées sur un trop petit nombre de malades. L'auteur a trouvé que, parmi les quelques malades asthmatiques admis dans son service, une grande proportion avait souffert d'ulcère gastrique, ce qui mérite d'être contrôlé sur une plus grande échelle. On doit aussi éviter les aphorismes cliniques tels que les ulcères, qui sont rares chez les psychotiques ; on ne tient pas alors compte que parmi les sujets observés il y a un grand nombre de schizophrènes qui ne

sont atteints que rarement d'ulcère. Ce que l'on peut dire, c'est que l'ulcère gastrique est plus fréquent chez les alcooliques que chez les malades atteints de réaction dépressive et cependant cette corrélation doit faire l'objet d'autres études.

L. Marchand.

En méthodologie, importance de distinguer les deux chaînes séparées causales qui, ensemble, produisent le tableau clinique de la psychose, par O. Ehrentheil. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 220).

Le but de l'auteur est de montrer que, parmi les causes étiologiques des maladies mentales, un ensemble de causes pathologico-physiologiques produit le trouble du fonctionnement mental en entraînant une rupture avec la réalité tandis qu'un autre groupe de causes, les mobiles psychodynamiques et sociaux, déterminent la direction que la déviation psychique prendra.

Dans les syndromes cérébraux organiques, une chaîne basée sur les modifications pathologico-physiologiques détermine le trouble de la fonction cérébrale ; une autre chaîne basée sur les principes psychodynamiques détermine le mode des préoccupations du malade et la nature particulière de ses hallucinations et de ses délusions.

Le même point de vue peut s'appliquer aux psychoses sans troubles structuraux connus.

Les études pathologico-physiologiques concernent les conditions physiques qui sont capables d'entraîner un trouble mental ; elles portent également sur les processus physiques et chimiques en corrélation avec la pensée et les sentiments. Par contre, les considérations psychodynamiques comprennent les facteurs qui déterminent la direction de la déviation mentale, le pourquoi de la particulière forme des symptômes mentaux du malade, de ses hallucinations et de ses délusions. Ces deux directions de recherches sont de la plus grande importance.

Aussi longtemps que l'étiologie des psychoses sans modifications structurales restera inconnue, il reste possible que les émotions intenses peuvent produire les conditions physiologiques nécessaires pour le développement de la psychose.

L. Marchand.

Aspects médicaux, psychiatriques et légaux de la tension prémenstruelle, par I. Perr. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 211).

La tension prémenstruelle est un complexe symptomatique qui survient 10 à 14 jours avant les règles et qui comprend en combinaisons variées : de l'anxiété, de la céphalée, de l'insomnie, de l'instabilité émotionnelle, de la fatigue, le gonflement douloureux des seins et de l'abdomen, des nausées et parfois des vomissements, du vertige, du prurit et de l'œdème. Quant au nombre de femmes qui en sont atteintes, les statistiques varient de 95 % à 6 %. Les théories concernant l'étiologie sont complexes comme les symptômes et sont basées sur les facteurs physiologiques, spécialement endocriniens, et sur des éléments psychiatriques, mais aucune théorie définitive n'existe. On a fait intervenir une excrétion urinaire excessive des œstro-

gènes, des androgènes et des progestènes entraînant une rétention aqueuse, un défaut dans le métabolisme hydrocarboné se traduisant par de l'hypoglycémie. L'auteur, comme d'autres qu'il cite, n'admet pas la conception d'une psychose menstruelle. Puisque la tension prémenstruelle est très commune et que l'association d'une psychose est exceptionnelle, on ne peut admettre que l'une cause l'autre. Le syndrome prémenstruel présente un intérêt légal à propos de la responsabilité mentale. La tension prémenstruelle, avec son hypoglycémie périodique, peut être cause d'un trouble mental temporaire, mais cette corrélation est difficile à prouver. Il n'y a aucun test pour affirmer le diagnostic de syndrome prémenstruel qui dépend de l'intelligence du malade ou de son médecin. L'argument d'une « folie transitoire » prémenstruelle ne peut entraîner l'irresponsabilité en l'absence d'une maladie psychiatrique définie.

L. Marchand.

NEUROLOGIE

Kystes épidermiques craniens, par J. Brihaye, J. Mage et P. Martin (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 8, août 1958, p. 557-596).

Les auteurs présentent huit observations bien détaillées correspondant à diverses variétés anatomo-cliniques des kystes épidermiques craniens : kyste sous-cutané, kyste intra-diploïque, kyste extra-dural, kyste sous-dural et sous-arachnoïdien. En se basant sur leur expérience personnelle et sur l'analyse des observations publiées dans la littérature, ils envisagent les signes cliniques et radiologiques qu'on peut considérer comme caractéristiques de ces lésions. Le problème du traitement chirurgical est discuté ; enfin, sont pris en considération les éléments d'appréciation du pronostic. Vingt-cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Dysembryomes hétérotopiques du cône médullaire, avec revue de la littérature, par M. Locoge, J. Brihaye et R. Hasaerts (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 8, août 1958, p. 597-633).

Trois cas personnels de dysembryomes rachidiens du cône terminal sont rapportés par les auteurs qui font une revue de la littérature. Ils admettent l'origine embryonnaire de ces tumeurs, dont l'étiologie demeure encore assez obscure. Dix-sept figures. Importante bibliographie (128 références).

V.-J. Durand.

La sclérose tubéreuse. Maladie de Bourneville-Pellizzi, par E. Benincasa-Stagni et M. Saginario (de Rome et Parme). (*Il Lavoro Neuro-Psichiatrico,* 12e année, vol. 23, fasc. 3, décembre 1958, p. 387-430).

Se basant sur les données de la littérature et sur l'étude de 17 cas personnels, les auteurs décrivent les aspects cliniques de la maladie de Bour-

neville-Pellizzi, soulignant des éléments qui, bien qu'accessoires au point de vue symptomatique, sont parfois déterminants pour l'analyse des formes atypiques. Il faut noter la fréquence de la régression mentale vis-à-vis de la déficience originaire ; l'association de la sclérose tubéreuse et de signes schizophréniques est plus rare qu'il n'a été dit ; cette association se verrait de préférence dans les formes à déficit mental léger. Il faut signaler la possibilité de l'existence, en plus des altérations oculaires classiques, des taches de chorio-rétinite, cependant assez rares. Une étude critique est faite des données électro-encéphalographiques et radiologiques. Vingt-deux figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Les maladies dysmétaboliques du système nerveux, selon les récentes acquisitions étiopathogéniques, par Ugo Cantoro (de Lecce). (*Folia Psychiatrica*, Lecce, 1re année, fasc. 3, 1958, p. 479-534).

Dans une importante revue générale, l'auteur groupe les résultats des travaux récents de la littérature sur diverses maladies dysmétaboliques du système nerveux. Sont spécialement considérés, indépendamment des questions cliniques, l'étiologie et les mécanismes pathogéniques du trouble chimique. L'étude est faite successivement des affections suivantes : maladie de Gaucher (lipidose cérébrosidique ou splénomégalie à grandes cellules des Anglo-Saxons), maladie de Niemann-Pick (lipoïdose phosphatidique d'Epstein ou histocytose lipoïde de Bloom), idiotie amaurotique dans ses diverses formes, maladie de Hurler (dysostose multiple ou gargoylisme), maladie de Hand-Schuller-Christian (xanthomatose cranio-hypophysaire ou lipoïdogranulomatose cholestérinique), maladie de van Bogaert-Scherer-Epstein (lipoïdose cholestérinique type van Bogaert-Scherer-Epstein), glycogénose ou maladie de von Gierke (thésaurismose glycogénique). De nombreux progrès ont été faits dans la connaissance de ces affections, mais certains points demeurent encore à éclaircir. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude des encéphalites herpétiques et des encéphalites nécrosantes aiguës, par J. Brihaye. (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 59, fasc. 1, janvier 1959, p. 1-114).

Parmi les nombreuses formes d'encéphalites humaines, l'auteur décrit ici de façon très détaillée deux d'entre elles. Après rappel des notions les plus actuelles sur l'herpès simplex, les manifestations cutanéo-muqueuses et les méningites herpétiques, il étudie les encéphalites herpétiques. Puis il décrit l'encéphalite nécrosante aiguë, les inclusions intranucléaires du type A de Cowdry, enfin l'encéphalite herpétique de l'animal. En conclusion, il est possible de distinguer, dans l'encéphalite herpétique humaine, diverses formes anatomo-cliniques, de préciser les caractères morphologiques des inclusions intranucléaires acidophiles observées dans l'encéphalite herpétique et dans l'encéphalite nécrosante aiguë (ainsi que dans d'autres encéphalites) : de comparer encéphalite herpétique et encéphalite nécrosante aiguë. Rien ne prouve leur origine commune. Leur nécrose caractéristique peut être

plus ou moins étendue. D'autre part, elle peut être produite également par le virus de la chorio-méningite lymphocytaire. Enfin, un cas d'encéphalite herpétique non spécifiquement nécrosante souligne la multiplicité des formes réactionnelles de l'encéphale à une agression identique. Vingt-six figures en hors-texte. Très riche bibliographie.

V.-J. Durand.

L'encéphalite subaiguë sporadique (Dawson, Van Bogaert, Pette-Döring), par Giorgio Macchi (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 3, juillet-septembre 1958, p. 381-440).

Une révision de 100 cas de la littérature ou personnels permet à l'auteur de préciser la question de l'encéphalite subaiguë sporadique. Dans l'ensemble, on peut maintenir la division en trois formes (Dawson : encéphalite avec inclusion ; van Bogaert : leuco-encéphalite sclérosante ; Pette-Döring : panencéphalite avec nodules gliaux). Cependant, dans toutes les formes, il y a distribution panencéphalitique (dans la substance grise et la substance blanche) de lésions inflammatoires. On peut voir aussi une association de diverses modifications histopathologiques. Au point de vue clinique, les tableaux sont sensiblement identiques, apparaissant dans la seconde enfance ou l'adolescence ; l'évolution la plus typique se montre dans la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë. La durée varie en moyenne de deux à douze mois, la forme de van Bogaert et celle de Dawson étant plus lentes. L'électro-encéphalogramme est souvent caractéristique. Il est nécessaire de séparer nettement ces divers syndromes de la maladie de Schilder ainsi que des affections démyélinisantes périveineuses. Certains rapprochements ont été faits avec les encéphalites japonaises B et l'encéphalite herpétique. L'intervention causale d'un virus n'est pas prouvée. Dix figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Asymétries rythmiques interhémisphériques de lésions du tronc cérébral. Observations cliniques et électro-encéphalographiques avec les relations réticulo-corticales d'homolatéralité, par Adriano Battisti et Franco Foschi (d'Ancône). (*Il Cervello*, 35e année, n° 1, 15 janvier 1959, p. 17-32).

Les auteurs rapportent un cas de syndrome de Weber de nature encéphalitique chez un enfant de 11 ans et un cas de gliome infiltrant du pont de Varole chez une fillette de 9 ans. Ils donnent les résultats électro-encéphalographiques montrant une asymétrie complète. En accord avec les données expérimentales de neuro-physiologie, il paraît possible de penser que les lésions unilatérales et basses de la substance réticulaire ascendante peuvent déterminer un ralentissement global des rythmes électriques de l'hémisphère homolatéral. Enfin, sont décrits quelques aspects des corrélations électriques entre le tronc cérébral et le cortex hémisphérique en rapport avec l'âge et avec les processus d'intégration réticulo-corticale. Six figures.

V.-J. Durand.

Contributions cliniques au problème de l'épilepsie du tronc cérébral. Accès de myoclonies vélo-palato-pharyngo-laryngo-diaphragmatiques, par B. Asgian et Gh. Ursan (de Cluj). (*Neurologia, Psihiatria, Neuro-Chirurgia,* Bucarest, 3e année, n° 5, septembre-octobre 1958, p. 441-446).

Une observation est rapportée de myoclonies vélo-palato-pharyngo-laryngo-diaphragmatiques, ayant duré deux semaines et caractérisée par des accès dont la fréquence au cours des trois premiers jours évoquait un véritable état de mal myoclonique. Ces accès ont commencé 24 heures après un accident vasculaire aigu du tronc cérébral, manifesté cliniquement par un syndrome de Wallenberg, du ptosis et de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Après quelques considérations cliniques, anatomo-pathologiques et physiopathologiques sur les myoclonies vélo-palatines, les auteurs concluent que les accès observés dans le cas présent constituent une forme d'épilepsie inhibitrice sous-tentorielle. Deux figures.

V.-J. Durand.

Symptômes neurologiques dans la maladie de Takayashu, par V. Ionâsescu et V. Cirnu. (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 3e année, n° 5, septembre-octobre 1958, p. 453-460).

Les auteurs présentent un cas de thrombose carotidienne bilatérale, associée à des thromboses des artères des membres supérieurs chez une malade de 41 ans. On a pu noter comme signes neurologiques : aphasie sensorielle, hémiparésie droite, hémianopsie homonyme droite, crise comitiale temporale. La thrombose carotidienne gauche a été montrée par l'artériographie (obstruction des carotides internes et externes à un centimètre de leur origine). A l'électro-encéphalogramme, il y avait un foyer d'ondes lentes et pointues dans le lobe temporal gauche.

V.-J. Durand.

Discussion sur la chirurgie dans l'épilepsie du lobe temporal. (*Proceedings of the royal society of medicine,* vol. 51, n° 8, août 1958, p. 607).

D. W. C. Northfield. — Après avoir discuté la signification d'épilepsie du lobe temporal et lui préférer le terme d' « épilepsie psychomotrice », l'auteur montre les difficultés d'obtenir des données électro-encéphalographiques précises pour guider le chirurgien sur l'extension de la résection temporale qu'il doit pratiquer. Il n'est intervenu que dans des cas d'épilepsie résistant aux traitements et entraînant une incapacité sociale et économique. Trente sujets ont été ainsi retenus. Sur ce nombre, cinq ne subirent pas la craniotomie parce que le tracé électro-corticographique laissait prévoir que la lobectomie serait inutile. Après l'opération, six sujets purent occuper un emploi ; chez douze, le résultat fut bon. La moitié de ces malades avait des crises depuis plus de dix ans et deux depuis 26 et 27 ans.

Les résultats concernant les symptômes mentaux tels que agression, violences, arriération intellectuelle, état paranoïde sont les suivants : bons chez huit sujets, moins bons chez deux malades, nuls chez six sujets qui présentaient une forme schizophrénique. A noter que l'on peut observer une amélioration du comportement alors que les crises persistent. Les résultats opératoires, quoique peu importants, ne doivent pas nous décourager de résoudre les problèmes préparés par nos insuccès.

Denis Hill. — Il traite des indications et des contre-indications de la lobectomie temporale. Sur 144 malades, chez lesquels le diagnostic d'épilepsie du lobe temporal avait été établi, il a trouvé des foyers de pointes dans les tracés électro-encéphalographiques chez 139 malades. Chez cinq malades, il fut incapable de trouver de tels foyers alors que le diagnostic était irréfutable. Sur ces 144 sujets, 13 sur 36 furent désignés pour subir l'intervention chirurgicale en 1954, 11 sur 31 en 1951, 6 sur 36 en 1956 et 3 sur 41 en 1957. Ainsi, en trois ans, les cas se sont réduits à 1 %. Parmi ces 144 malades, les crises furent suspendues par les traitements anticonvulsifs chez 58 (40 %) ; on nota chez 26 (18 %) des foyers électro-encéphalographiques multiples ; chez 10 (7 %), des troubles de la personnalité ; chez 17 (12 %), d'autres facteurs, et en particulier l'atrophie cérébrale par encéphalographie chez 44 (31 %) et plus de deux de ces facteurs. En fait, il y a moins d'un sujet sur dix atteints d'épilepsie temporale grave qui doit être opéré.

Parmi les indications favorables à l'intervention chirurgicale, la principale est la constatation d'un foyer unilatéral de pointes dans le tracé obtenu avec une électrode sphénoïdale ; dans le cas où on note deux foyers bilatéraux il faut qu'un foyer soit constamment prédominant pour tenter l'opération. Les crises doivent résister à tout traitement. L'activation du foyer par le métrazol ou le mégimide ne doit pas être tenue comme importante. Une autre indication peut être tirée des constatations faites par des biopsies. Les cas les plus favorables pour les bons résultats post-opératoires sont la constatation de petites tumeurs et celle de la sclérose de la corne d'Ammon. Les cas avec sclérose d'Ammon constituent 40 % des malades opérés et le pronostic est bon. Sur 21 cas opérés présentant une sclérose de la corne d'Ammon, on note que parmi eux 18 n'ont plus de crises, 16 ont une amélioration de leur personnalité et 16 sont capables de travailler. Sur 15 cas sans sclérose de la corne d'Ammon, 7 n'ont plus de crises, 4 ont une amélioration de leur personnalité, 5 peuvent travailler. Dans un tableau, l'auteur expose les facteurs favorisant l'intervention chirurgicale, les facteurs n'ayant aucun intérêt, les contre-indications.

M. Murray A. Falconer. — Il présente ses considérations d'après 50 cas, dans lesquels le lobe temporal a été enlevé en bloc. Sélection des sujets : 1° sujets qui sont atteints d'accès du type psychomoteur fréquents, résistant aux traitements ; 2° démonstration de foyers de pointes dans la partie antérieure d'un lobe temporal. Sur ces 50 cas, 21 sujets présentaient aussi un foyer de pointes du côté opposé mais les décharges y étaient moins fréquentes. Chez seulement 5 malades, la personnalité était normale.

Chez tous les malades, la région réséquée comprenait les circonvolutions temporales latérale et inférieure avec uncus, l'hippocampe antérieur et l'amygdale. Le lobe gauche a été enlevé chez 33 malades, le lobe droit chez 16, les deux lobes chez un sujet.

Après l'intervention, on nota une hémianopsie homonyme chez tous les opérés, une aphasie nominale (chez 13 des 33 malades chez lesquels le lobe dominant avait été réséqué), un déficit de la compréhension auditive sans affaiblissement de l'intelligence ; les sujets ont pu reprendre leur travail, sauf un téléphoniste qui a dû changer de métier.

Les examens histologiques des lobes enlevés en bloc ont décelé, dans un premier groupe de 14 cas, des lésions localisées, discrètes, comprenant neuf

petites tumeurs gliales, deux angiomes capillaires, deux infarctus sclérosés et une cicatrice traumatique. Dans un deuxième groupe, les lésions sont diffuses et importantes sous forme de gliose, de disparition cellulaire dans l'hippocampe, l'uncus et l'amygdale. Ces lésions sont en rapport avec l'âge des sujets au moment où l'épilepsie a débuté.

Des crises de grand mal s'observaient dans les deux tiers des cas, où on nota des lésions diffuses. Chez quatre des onze malades, chez lesquels on trouva des tumeurs ou des malformations gliales, il existait un foyer secondaire de pointes dans le lobe temporal opposé. Dans plus de la moitié des cas avec sclérose de la corne d'Ammon, les sujets présentaient un comportement très agressif. La moyenne du niveau intellectuel était pour trois opérés de neuf, légèrement plus bas chez les sujets chez lesquels on nota la sclérose de la corne d'Ammon.

Sur les 50 opérés, 24 ne présentent plus d'accès, 2 seulement des crises rares ; 12 sont très améliorés ; 5 sujets avaient une personnalité normale avant l'opération ; ils ne présentèrent plus d'accès et reprirent leur personnalité normale. L'amélioration du comportement n'est pas aussi nette chez les autres opérés ; on ne peut obtenir aucune amélioration de l'état mental des sujets, qui sont des paranoïdes agressifs, qui ont des réactions hystériques ou des personnalités très troublées.

L. Marchand.

Etude sur la sclérose tubéreuse de Bourneville à forme cérébelleuse, par L. van Bogaert, J.-E. Paillas, Mme Bérard-Badier et H. Payan. (XXII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique,* t. 96, n° 6, juin 1958, p. 673).

Les auteurs rapportent trois observations de sclérose tubéreuse de Bourneville avec une symptomatologie tout à fait classique mais avec des lésions du cervelet. Ces dernières ont été mises en évidence dans deux cas, par des radiographies, et dans le troisième par une étude détaillée du système nerveux central. En dehors des foyers tubéreux développés dans les hémisphères cérébraux et d'une tumeur calcifiée paraventriculaire (noyau caudé), les lésions cérébelleuses sont constituées par des foyers tubéreux intéressant la couche des grains de plusieurs lamelles et une portion de la substance blanche hémisphérique avec nombreuses concrétions calcaires (onze figures) (bibliographie importante).

L. Marchand.

Enregistrements oculographiques des mouvements oculaires dans le syndrome cérébelleux, par Th. Alajouanine, F. Lhermite, A. Remond, V. Gabersek et N. Lesèvre. (XXII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique,* t. 98, n° 6, juin 1958, p. 714).

Les auteurs ont enregistré les mouvements des globes oculaires de 11 malades atteints de syndrome cérébelleux lorsque le regard se déplace horizontalement ou verticalement et lorsqu'il demeure fixé dans une position donnée. Les tracés oculographiques montrent l'existence de perturbations qui s'apparentent à celles du syndrome cérébelleux : retard et lenteur des contractions, hypermétrie, oscillations dans le mouvement et le maintien de l'attitude. Ces perturbations sont d'importance très variable ; elles semblent

plus marquées dans les syndromes cérébelleux associant des troubles statiques et cinétiques.

L. Marchand.

Simplicité de la sémiologie cérébelleuse, par R. Thurel. (XXIIe Réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique*, t. 98, n° 6, juin 1958, p. 692).

Les épreuves qui servent à explorer la fonction cérébelleuse extériorisent toutes le même trouble, l'hypermétrie. On la note dans les épreuves limitées à un membre et réduites à un mouvement simple. Ce n'est pas la direction du mouvement qui est perturbée mais son amplitude. Point n'est besoin d'invoquer l'hypothétique asynergie cérébelleuse. L'épreuve de la préhension, et l'épreuve du renversement de la main mettent en évidence l'hypermétrie. L'adiadococinésie s'explique du seul fait de l'hypermétrie, de même les modifications de l'écriture et de la parole. Les troubles de la statique peuvent être attribués à une hypermétrie des réactions d'équilibration. Point n'est besoin d'invoquer une asynergie du tronc et des membres inférieurs. Tout se passe comme si le cervelet exerçait à l'état normal sur le mouvement une action frénatrice dont la suppression engendre l'hypermétrie.

L. Marchand.

Bégaiement et épilepsie temporale, par G. Anastasopoulos, Ag. Diacoyannis et K. Routsonis. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 4, octobre 1958, p. 472).

Les auteurs rapportent deux cas dans lesquels il y a coexistence du bégaiement et de l'épilepsie temporale vérifiée encéphalographiquement avec foyer épileptogène sur le lobe temporal droit. La cure épileptique a influencé favorablement les crises épileptiques mais n'a eu aucune influence sur le bégaiement. La coexistence de bégaiement et d'épilepsie est un fait exceptionnel.

L. Marchand.

Considérations sur l'agnosie auditive (à propos d'un cas anatomo-clinique), par D. Mahoudeau, J. Lemoyne, J.-F. Foncin et J. Dubrisay. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 4, octobre 1958, p. 454).

Un sujet âgé de 55 ans présente un premier accident qui se traduit par une hémiplégie droite transitoire et une aphasie légère régressive à prédominance alexique, un second accident qui provoque l'apparition d'une agnosie auditive. Le malade présente alors une incompréhension totale du langage parlé, qui contraste avec une élocution parfaite (agnosie auditive). Mort par hémorragie cérébrale. L'examen anatomique apporte la preuve que chez ce malade, ayant présenté une aphasie régressive par atteinte sous-corticale du lobe temporal gauche, l'agnosie auditive fut déterminée par une seconde lésion plus limitée intéressant les deux tiers postérieurs de la première circonvolution temporale et le gyrus de Heschl du côté droit. Discussion sur la surdité corticale par destruction bilatérale des lobes temporaux.

L. Marchand.

Résultats cliniques de la coagulation pallido-lenticulaire dans la maladie de Parkinson, par Th. Alajouanine, R. Houdard, A. Remond et J. Morin. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 3, septembre 1958, p. 385).

Les auteurs résument le résultat de leur expérience de la chirurgie de la maladie de Parkinson par coagulation stéréotaxique pallidale et pallido-lenticulaire. L'intervention est bénigne. Les échecs sont rares. Les résultats les plus constants concernent les douleurs, les tremblements et la rigidité. L'amélioration de la cinésie est habituellement proportionnelle à celle de la rigidité. Les formes akinétiques sont peu ou pas influencées. L'abasie trépidante n'est guère modifiée. La parole peut être aggravée. Les interventions bilatérales agissent de la même façon sur chaque hémicorps; elles sont souvent suivies de troubles de la déglutition et de la parole, d'une sialorrhée importante, manifestations pseudo-bulbaires. En résumé, les meilleures formes sont les formes unilatérales accusées. Les formes bilatérales peuvent être améliorées par une intervention unilatérale. Quant aux interventions bilatérales, il sera prudent d'en éliminer les sujets âgés et ceux dont l'état vasculaire n'est pas normal.

L. Marchand.

Discussion sur les tumeurs de l'hypophyse. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 51, n° 11, novembre 1958, p. 908).

Harvey Jackson. — Il distingue deux espèces différentes de néoplasmes : ceux qui se développent dans l'hypophyse, ceux qui viennent de la tige ou du canal pituitaire.

Les tumeurs de l'hypophyse sont formées de cellules qui proviennent du lobe antérieur. On distingue trois types de tumeurs adénomateuses : chromophobes, chromophiles et basophiles, qui sont sans gravité. L'adénome malin est rare. Elles peuvent s'étendre dans différentes directions et donner lieu à des syndromes divers.

Les tumeurs qui se développent aux dépens de la poche de Rathke prennent les noms de craniopharyngiome, kyste supracellaire, adamantinome. Elles constituent 4 % des tumeurs intracraniennes.

Les tumeurs chromophiles agissent sur la croissance, produisent du gigantisme, l'acromégalie ; les adénomes basophiles sont responsables de quelques cas de syndrome de Cushing. Les tumeurs de la poche de Rathke empiétant sur l'hypophyse peuvent produire des troubles du métabolisme. Intéressant le tuber cinéréum, elles se traduisent par la dystrophie adiposo-génitale. Interférant le noyau supra-optique, elles provoquent le diabète insipide. Chez les personnes d'un certain âge, ce sont généralement les troubles de la vision qui guident le diagnostic.

On ne doit pas opérer quand on ne constate que des désordres endocriniens.

J. Jackson Richmond. — Il donne un aperçu du rôle de la radiothérapie, elle a été utilisée depuis vingt ans. Il n'est pas douteux que, en raison des altérations qu'elle produit sur le parenchyme cérébral voisin de la tumeur, en particulier sur la région hypothalamique, des malades ont été victimes d'une mort prématurée. La combinaison du traitement chirurgical et de la radiothérapie présente des avantages. Ce sont les troubles de la vision, bien plus que les signes d'hypopituitarisme, qui provoquent l'examen des malades. Chez les femmes, une aménorrhée inexpliquée et une simple radiographie latérale du crâne peut entraîner un diagnostic correct. Il est rare

de trouver une selle turcique normale à la radiographie quand un adénome chromophile est diagnostiqué. L'auteur décrit les principes de la technique radiothérapique et l action du traitement sur les adénomes chromophiles, les tumeurs éosinophiles, les tumeurs basophiles, les craniopharyngiomes, les carcinomes. Le succès du traitement dépend essentiellement d'un travail en équipe.

S. Léonard Simpson. — Il ne considere que deux types de tumeurs hypophysaires, les tumeurs chromophiles avec hypofonctionnement et les tumeurs éosinophiles avec hypofonctionnement, acromégalie ou gigantisme.

Les tumeurs chromophiles peuvent rester latentes plus de dix ans et garder une forme limitée. Outre les symptômes habituels, anorexie, faiblesse, sensibilité au froid, etc... il a relevé des troubles secondaires de la fonction thyroïdienne et surrénalienne.

L'auteur a observé des cas d'association d'acromégalie et de goitre chez deux femmes présentant de l'hirsutisme. Une croissance rapide dans l'enfance peut être précurseur d'acromégalie plus tard.

Comme traitement, il pense qu'il est prudent dans les cas d'hypofonction hypophysaire de donner avant et après les opérations de la cortisone, de l'hydro-cortisone ou de la prédnisone, de la testostérone et des extraits thyroïdiens. Les œstrogènes à larges doses peuvent agir dans l'acromégalie et le diabète insipide. Le diagnostic des tumeurs hypophysaires et le traitement qui convient à chacune d'elles ne peuvent se faire sans l'aide du laboratoire.

L. Marchand.

Symptômes mentaux rappelant l'agnosie, l'apraxie et l'aphasie, par A. Fleiss. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 4, octobre 1958, p. 340).

Considérer des symptômes mentaux comme pouvant avoir des rapports avec les problèmes de l'aphasie, de l'agnosie et de l'apraxie n'a aucune base scientifique. Une telle spéculation cependant n'écarte pas la possibilité de mécanismes psychologiques pouvant se traduire par de tels phénomènes. Peut-être nos connaissances des fonctions chimiques et électriques du cerveau progresseront-elles au point de définir les aires dans lesquelles des troubles mentaux résulteraient d'une pathophysiologie cérébrale.

L. Marchand.

Sclérose en plaques et gravidité, par S. Rusz. (*Ideggyógyászati Szemle, 11,* 35, 1958). (Adresse de l'auteur : Clinique de neurologie, Debrecen, Hongrie).

Parmi les malades qui eurent une, ou plusieurs gravidités, chez 21 le début de la sclérose en plaques coïncidait avec une phase de la gestation, en 12 cas la gravidité s'est établie chez une malade souffrant déjà préalablement de sclérose en plaques. Enfin, en 67 cas, la sclérose en plaques s'est établie de 1 à 12 ans suivant une ou plusieurs grossesses. Selon l'auteur, on ne peut pas attribuer un rôle causatif à la gravidité. Il considère tout de même chez 23 de ses cas la gravidité comme un facteur défavorable. La prognose des cas avec une progression chronique fut plus mauvaise que celle des cas avec rémissions spontanées. Il propose d'interrompre la gravidité dans les cas suivants : poussée aiguë, symptômes bulbaires et décours

chronique progressif. Dans les cas se déroulant avec rémissions intermittentes, on doit juger chaque cas individuellement.

JAKAB (Pécs).

La leucodystrophie dite « métachromasique », par H. TARISKA (*Ideggyógyászati Szemle, 11*, 41, 1958). (Adresse de l'auteur : Vöröshadsereg-utja 116, Budapest, Hongrie).

Etude clinique de deux cas chez des frères, complétée de l'étude pathologique de l'un. Symptômes cliniques : changement de caractère à l'âge de 18 ans chez le garçon et à l'âge de 12 ans chez sa sœur. Démence progressive, ataxie, troubles de la motricité de caractère pyramidal et extra-pyramidal, incontinence affective et rire forcé. La jeune fille vit encore, en état stationnaire, huit années après le début de la maladie. L'examen pathologique du frère, mort cinq années après le début de la maladie, révèle : démyélinisation non systématisée dans le diencéphale avec une grande quantité d'éléments de désintégration contenant des lipoïdes métachromatiques, des hydrates de carbone et des albumines. L'intensité de la démyélinisation diminue dans la direction caudale. Les éléments métachromatiques de la désintégration s'étendent en dehors des régions démyélinisées aussi sur les racines spinales dans la portion non gliale de celles-ci. Du rapport des produits de désintégration et de la réaction gliale, l'auteur déduit que l'insuffisance des éléments gliaux et des cellules de Schwann est relative et sélective. Elle n'influence pas la capacité de phagocyter les produits de la dégénération secondaire et rétrograde, ni la capacité de former une sclérose gliale.

JAKAB (Pécs).

Régularité neuropathologique dans la sclérose en plaques, par T. LEHOCZKY. (*Ideggyógyászati Szemle, 11*, 18, 1958). (Adresse de l'auteur : Népköztársaság-utja 2, Budapest, Hongrie).

Etude de vingt cas de sclérose en plaques chroniques, avec rémissions ou aggravation progressive, dont quatre moururent au cours d'une poussée aiguë. L'auteur présente les examens détaillés et les conclusions générales de ces cas dans une monographie particulièrement importante pour les spécialistes qui travaillent dans les recherches de cette maladie (« Die neuroallergischen Beziehungen in der Histopathologie der Multiplen Sklerose », Verlag der ungarischen Akademie der Wissenschaften, Budapest, 1957). Dans le travail présent documenté par huit microphotos très convaincantes, l'auteur constate un certain ordre des altérations histologiques, partant du voisinage des foyers dans la direction du tissu nerveux non altéré. A la marge du foyer il y a une écume récente de cellules granuleuses, à d'autres endroits une zone marginale riche en cellules et noyaux, par endroits avec des microgranulomes. Autour du foyer « un état spongieux marginal ». Dans le voisinage du foyer, dans le tissu relativement « sain », on trouve la dilatation des espaces périvasculaires et — comme aussi dans le tissu sain lointain du foyer — des altérations vasculaires, comme œdème et délamination des parois des vaisseaux, stase, thrombose, infiltrations intra-adventitielles et hémorragies. Les mêmes endroits sont caractérisés par la raréfaction du tissu nerveux et l'état de « rongement des mites » (Mottenfrass). De cette façon régulière du groupement des altérations, qui cor-

respond aussi aux données des expériences sur les animaux, l'auteur a tiré la conclusion que, dans un certain état de la sclérose en plaques, on doit attribuer un rôle déterminant aux mécanismes allergiques.

JAKAB (Pécs).

Observations cliniques et patho-psychologiques en 25 cas de panencéphalopathies subaiguës progressives, par Mme B. LÓRÁND. (*Ideggyógyászati Szemle, 12,* 6, 1959). (Adresse de l'auteur : Vöröshadsereg-utja 116, Budapest, Hongrie).

L'auteur donne une excellente étude clinique et patho-psychologique de ses 25 cas observés entre 1953 et 1958 à la section de psychiatrie infantile de l'établissement psychiatrique national. Parmi ces enfants, cinq étaient encore en vie au moment de la publication. Sept furent emmenés à la maison par leurs parents dans les derniers jours de leur vie. En treize cas, l'observation clinique fut complétée par l'étude histologique du cerveau.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1) L'électro-encéphalogramme facilite l'établissement précoce de la diagnose ; 2) le début de la maladie tombait en général sur les mois d'automne et d'hiver ; 3) la répartition régionale montre une prépondérance de la capitale et des districts occidentaux du pays ; 4) l'âge de 8 à 9 ans fut le plus périclité tandis qu'aucune prépondérance selon le genre ne s'est pas montrée ; 5) à la base d'études patho-psychologiques et de l'ordre de succession des symptômes, l'auteur déduit que le processus se déclenche dans la région pariéto-occipitale et s'étend en direction caudo-orale ; 6) du point de vue clinique, le type van Bogaert fut le plus fréquent, mais elle a observé aussi un grand nombre de formes cliniques transitoires.

JAKAB (Pécs).

Les altérations électro-encéphalographiques des panencéphalites subaiguës, par R. WALSA. (*Ideggyógyászati Szemle, 12,* 50, 1959). Adresse de l'auteur : Vöröshadsereg-utja 116, Budapest, Hongrie).

Les électro-encéphalogrammes répétés au cours de la maladie permettent l'établissement précoce de la diagnose, sans donner la possibilité de discriminer les différentes formes cliniques.

Les caractéristiques de l'électro-encéphalogramme sont : *a*) signes d'une lésion organique pluri-focale qui éteignent les traits caractéristiques à l'âge du malade ; *b*) phénomènes périodiques diffus comme le reflet des automatismes des systèmes subcorticaux ; *c*) hypersynchronisations focales. Dans l'établissement de la diagnose, l'activité périodique diffuse joue le plus important rôle. Ces symptômes sont considérés par l'auteur comme le résultat de la libération de certains automatismes du tronc cérébral (formation réticulaire ?). L'activation et la conservation de ces automatismes dépend d'un ou de plusieurs foyers cérébraux irritatifs dont les impulsions pathologiques dirigées vers le siège des automatismes provoquent la répétition des phénomènes périodiques. Le facteur anoxique-vasculaire qui accompagne le processus inflammatoire, ayant un rôle important dans la progression du processus de l'encéphalite subaiguë peut être responsable pour les signes caractéristiques de l'électro-encéphalogramme.

JAKAB (Pécs).

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Études physiologico-morphologiques sur la substance réticulée, par O. Sager. (*Revue des sciences médicales,* Bucarest, t. 2, 1957, p. 79-92).

Dans cet article rédigé en allemand, l'auteur tire quelques conclusions d'expériences faites sur la substance réticulée du chat. Les excitations visuelles et auditives peuvent parvenir à l'hypothalamus. La stimulation de la substance réticulée à son extrémité supérieure détermine un état d'excitation. Diverses substances injectées à ce niveau peuvent entraîner une crise épileptique. Une lésion de la substance réticulée en ce point provoque un état de sommeil de durée proportionnelle à l'importance de la lésion. Il semble que la conscience n'est pas maintenue par la substance réticulée, mais par des excitations venant des voies secondaires à cette substance. La conscience est dirigée par les circonvolutions cérébrales où se fait l'intégration des incitations afférentes. La substance réticulée est influencée par le cortex, comme le montrent l'action corticale sur la réactivité du sinus carotidien et l'étude des voies cortico-viscérales pressives passant par la substance réticulée. Les expériences de l'auteur confirment les conceptions de Pavlov sur les localisations cérébrales et les fonctions de veille et de sommeil. Vingt figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Modifications morphologiques produites par la chlorpromazine sur les cellules nerveuses et en particulier sur la substance réticulaire par E. Zara et R. Belsanti (de Lecce). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, fasc. 3, 1958, p. 415-428).

Employant la méthode de coloration de Nissl-Giemsa, les auteurs ont observé, dans le système nerveux central du cobaye, après injection parentérale de 2 mg. de chlorpromazine pendant quinze jours, une imprégnation plus grande par rapport aux sujets témoins. Cette imprégnation était diffuse, touchant l'ensemble du système nerveux central, mais avec une prédominance au niveau de la substance réticulaire diencéphalo-mésencéphalique. De tels résultats permettent d'admettre une action anabolisante presque certaine de la chlorpromazine, à doses thérapeutiques, et une électivité de l'action sur la substance réticulaire, mise en évidence histologiquement (indépendamment des arguments physiologiques). Onze figures dont dix en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Métabolisme et fonctions de la cellule nerveuse, par Domenico Ventra (de Naples). (*Rassegna di Neuropsichiatria,* vol. 13, n° 1, 1959, p. 1-22).

Dans le cadre des plus récents travaux relatifs à l'organisation clinico-structurale du neurone, l'auteur examine les principaux phénomènes métaboliques qui soutiennent l'état d'activation fonctionnelle et la phase successive de repos du neurone. Deux séries de réactions de signes opposés ont pu être délimitées : la première, correspondant à la phase d'excitation, avec présence de processus cataboliques (dégradation et sortie des protéines, fuite

du potassium, afflux de sodium et d'eau) ; la seconde, répondant à la période de repos, avec processus anaboliques (afflux et resynthèse des protéines, afflux du potassium, sortie de sodium et d'eau). Il faut également considérer le rôle du calcium et de l'acétylcholine à l'égard des phénomènes d'excitation. Quelques aspects de pathologie fonctionnelle peuvent être reliés à la pathologie métabolique cellulaire. On peut discuter, entre autres, la possibilité que d'éventuels désordres métaboliques, en rapport avec une fonction altérée du neurone, puissent expliquer la pathogénie de quelques altérations histomicroscopiques (tigrolyse, hydratation cellulaire allant jusqu'au gonflement vacuolaire). Ces désordres métaboliques pourraient justifier les tableaux de perturbations humorales observées dans les états de dysfonction nerveuse. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Discussion sur quelques aspects cliniques, génétiques et biochimiques des troubles métaboliques du système nerveux, par W. Matthews. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 51, n° 10, octobre 1958, p. 859).

On a d'abord admis une théorie génétique héréditaire des troubles métaboliques innés. Le gène anormal intéressant système nerveux et aussi cellules somatiques, par exemple troubles du métabolisme du système nerveux et troubles fonctionnels des tubes rénaux ; pigmentation de la peau et métabolisme du cuivre dans la maladie de Wilson ; association d'ichtyose, de faiblesse mentale et de paralysie spastique. Il faut aussi reconnaître que la production génétique de l'enzyme, qui semble constante, peut être également contrôlée par le milieu, car les symptômes cliniques sont souvent épisodiques et peuvent même prendre une forme aiguë. On est loin de pouvoir classer les enzymes innées et de décrire la manière avec laquelle elles affectent le système nerveux. L'auteur passe en revue diverses manifestations métaboliques. Dans la méthémoglobinémie congénitale, dans laquelle une proportion variée d'hémoglobine est incapable de transporter l'oxygène, on ne sait si les troubles cérébraux sont secondaires à l'anoxie ou connectés avec le défaut métabolique. Dans la maladie de Hartnup, on note l'association de pellagre, d'éruption cutanée et d'ataxie et parfois de démence. Le tableau clinique de la porphyrie, qui est intermittent, est soumis à des facteurs externes connus. La maladie peut se manifester par un état démentiel organique, par de la polynévrite, et être en relation avec l'emploi exagéré des barbiturates ; on note ainsi la combinaison de douleurs abdominales, de paralysie et de troubles mentaux. Même évolution épisodique dans la paralysie périodique, dont les manifestations peuvent être provoquées, soit par une alimentation sucrée, soit par le sommeil, et être suspendues par une diète de sodium. Dans la galactosémie, l'obstacle consiste dans le métabolisme de la lactose. L'intolérance pour le lait se manifeste de bonne heure par des vomissements, du retard mental et la cataracte. La phénylcétonurie est un autre exemple. Elle est caractérisée par l'absence relative de pigment, par un état démentiel, souvent par de l'épilepsie avec lésions nettes des ganglions de la base. On ignore encore les facteurs qui l'influencent. Dans la maladie de Wilson, le bilan cuprique a été ainsi établi : augmentation du cuivre cellulaire et diminution du cuivre sérique en rapport avec une chute d'une protéine spécifique, la céruloplasmine, mais la fonction de cette

enzyme est inconnue. L'auteur cite comme autres groupes importants de maladies dont on ignore les causes métaboliques, les lipidoses, l'épilepsie myoclonique familiale, la calcification familiale des noyaux de la base, la chorée de Huntington et les dystrophies musculaires. Le travail se termine par une étude du métabolisme hydro-carboné dans l'amyotrophie diabétique.

L. Marchand.

Hypoglycémie endogène, par H. Garland. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine,* vol. 51, n° 12, décembre 1958, p. 979).

L'épithète « endogène » est préférable à celle de « spontanée » puisqu'il y a toujours une cause à l'hypoglycémie. L'activité et la vie du système nerveux dépendent largement du métabolisme du glucose mais ses fonctions peuvent rester normales en dépit d'immenses variations dans la concentration du glucose sanguin. On admet que le taux du glucose du sang peut être normalement de 70 mg. % mais qu'il est anormal qu'il descende à 60 mg. L'hypoglycémie endogène clinique comprend trois groupes étiologiques : 1° elle peut dépendre comme l'hyperglycémie des tumeurs des îlots pancréatiques ; 2° d'une complication chirurgicale gastrique ; 3° d'un mécanisme prédominant psychologique. Il est probable que l'insuline est produite normalement d'une façon continue. Nous n'avons aucune idée de la sécrétion de l'insuline dans un adénome pancréatique. Au cours du traitement insulinique des psychotiques, on note beaucoup de symptômes communs avec l'hyperinsulinisme organique. A noter que l'injection de 100 unités d'insuline ne détermine aucun symptôme chez les psychonévrotiques présentant un syndrome de tension. Le taux sanguin de 50 mg. % de glucose est en faveur d'une étiologie hypoglycémique et celui de 30 mg. suggere une hyperinsulinémie organique.

Le diagnostic de l'hyperinsulinémie est basé sur des investigations encore mal définies. Pendant le jeûne, le taux du sucre sanguin reste continuellement bas. Les attaques résultant du désordre cérébral peuvent être rapidement suspendues par la prise de glucose. Si cette façon de procéder est généralement la meilleure, elle n'est pas toujours irréprochable. Quand un malade présente les symptômes de l'hypoglycémie, il n'y a pas toujours un rapport constant entre le taux du sucre sanguin et les symptômes cérébraux. Si les symptômes qui résultent de l'hyperinsulinisme sont intermittents, ils peuvent être rappelés par une injection d'insuline, mais les manifestations de l'hypoglycémie, entre autres le coma, peuvent devenir irréversibles. L'électro-encéphalographie peut aussi aider au diagnostic de l'hypoglycémie mais les anomalies des tracés ne sont pas spécifiques ; ils indiquent seulement une dépression du métabolisme cérébral.

Les opérations gastriques telles que la gastrectomie peuvent déterminer chez quelques sujets l'hypoglycémie avec des manifestations cliniques qui surviennent, soit très rapidement après les repas ou seulement une ou deux heures après. L'auteur donne l'explication de ces deux formes étiologiques et cliniques et les facteurs qui interviennent.

Quelques observateurs considèrent que, dans l'hypoglycémie psychosomatique, appelée encore fonctionnelle ou nerveuse, la cause psychogène serait la plus commune. Le diagnostic présente des difficultés quand des attaques inconscientes soudaines ne sont ni syncopales, ni hystériques. Le test de la tolérance prolongée au glucose peut être utile, de même l'épreuve d'une

alimentation riche en lipides et en protéines si les symptômes cèdent rapidement après l'absorption de glucose.

Dans le traitement des états de tension psychogène, la plupart des malades tolèrent une injection de 100 unités d'insuline sans autres symptômes qu'une augmentation de leur appétit et de leur sudation. Il faut dépasser cette dose pour produire des manifestations mentales. Chez les schizophrènes, on a pu obtenir le coma avec une dose de 15 unités d'insuline alors que chez d'autres il n'est pas survenu avec des doses de 1.000 unités. Les conditions cliniques ont peu de rapport avec le taux du sucre sanguin.

L'hypoglycémie endogène peut se traduire par les mêmes symptômes que ceux du choc insulinique, par de la faiblesse, de la pâleur, des nausées ; ils sont probablement déterminés par une décharge d'adrénaline. A ce syndrome, on doit ajouter les troubles de la conscience, qui peuvent être plus ou moins profonds et qui sont suivis d'amnésie. Ils peuvent simuler une fugue hystérique. A noter, comme manifestations, la difficulté du réveil le matin, un comportement anormal, un certain état confusionnel avec turbulence, dysarthrie, ataxie. De tels sujets ont pu être considérés comme atteints de névrose ou d'épilepsie psycho-motrice. La perte de conscience peut revêtir différentes formes, celle du coma avec ou sans convulsions. Le développement d'un coma irréversible a toujours été le danger de l'insulinothérapie. Il peut aussi s'observer dans l'hypoglycémie endogène et le taux du sucre sanguin être normal. Les lésions cérébrales sont de nature anoxique. Comme autres symptômes, on peut observer de la dysphasie transitoire, de l'hémiparésie, de l'hémianopsie homonyme, des troubles de la vision tels que diplopie, macropsie, micropsie, chromatopsie, hallucinations visuelles et auditives. Le vertige rotatoire associé à des nausées peut être la première manifestation ; il a une durée variant de quelques minutes à une heure. La narcolepsie et la cataplexie peuvent aussi être en rapport avec un taux bas du sucre sanguin. L'hypoglycémie peut simuler des maladies dans lesquelles le neurone moteur est lésé, par exemple des amyotrophies, principalement dans l'hyperinsulinisme organique.

L. Marchand.

L'anesthésie rachidienne et la fonction rénale, par Masuo Yamada. (*Acta Medica et Biologica,* Niigata, *5,* 4, pp. 235-264).

Les modifications du débit rénal chez le chien ont été mesurées et ont permis d'observer les modifications dues à l'anesthésie spinale ainsi que celles consécutives à l'administration de noradrénaline, à la transfusion sanguine, et à la perfusion d'une solution saline physiologique. L'auteur a pu montrer que l'anesthésie spinale est suivie immédiatement d'une chute soudaine et intense du débit rénal. A celle-ci succède une courte période de normalisation puis une seconde chute du débit. L'injection intraveineuse d'adrénaline après le début du choc provoqué par l'anesthésie spinale augmente l'importance de la chute du débit rénal. La transfusion sanguine contemporaine de l'anesthésie spinale ne peut empêcher la diminution première du débit rénal, mais le rend plus modéré et empêche la chute secondaire. La perfusion de sérum physiologique contemporaine de l'anesthésie rachidienne donne des résultats sensiblement identiques à ceux de la transfusion quoique moins marqués.

R. Ropert.

HYGIÈNE

La liberté concrète, condition de la santé physique et mentale, par R.-H. Hazemann. (*Revue d'hygiène et de médecine sociale*, t. 7, n° 1, 1959, pp. 34-45).

Cette étude de psychologie de l'habitation montre bien combien le cadre influe sur l'épanouissement des individus. La dynamique du groupe familial est menacée par les taudis et, comme le montre l'auteur, ces taudis ne sont pas tous vétustes : certaines formules modernes de construction sont déplorables au regard des nécessités de l'hygiène mentale. Dissociation familiale, délinquance juvénile, querelles de palier témoignent d'erreurs que l'on pourrait éviter.

Cl. Veil.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Altération cérébrale, retard mental et schizophrénie infantile, par M. Pollack. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 422).

Les fonctions intellectuelles des enfants diagnostiqués schizophrènes sont passées en revue. D'après les rapports relevés dans la littérature, environ 50 % de ces enfants peuvent être classés comme ayant eu une intelligence subnormale ou voisine de la normale en se basant sur des critères généralement admis. Les données des tests moteurs et perceptifs chez les enfants schizophrènes retardés intellectuellement ne diffèrent pas de ceux des enfants normaux plus jeunes, de ceux des adultes retardés mentalement, de ceux des adultes qui présentent des troubles mentaux sévères résultant d'une maladie cérébrale. Ni la schizophrénie infantile, ni l'arriération mentale ne sont des entités cliniques distinctes comprenant des groupes homogènes. Quand un trouble important du comportement coexiste avec une faiblesse intellectuelle chez un enfant, il peut être dû au mauvais fonctionnement cérébral. L'importance prévalente de l'arriération mentale ou du trouble du comportement dépend davantage de l'orientation de l'observateur plutôt que du comportement de l'enfant.

L. Marchand.

Des symptômes schizophréniques chez les enfants arriérés mentalement, par J. Wortis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 429).

L'arriération mentale n'est pas une entité ; trop de facteurs médicaux, psychologiques et sociaux, interviennent au cours du développement cérébral. De même, la schizophrénie n'est pas une entité ; trop de facteurs interviennent pour désorganiser le développement cérébral et le comportement. Entre ces deux états, il y a des intermédiaires et plus tard l'un d'eux peut devenir dominant. L'altération cérébrale, quand elle survient à la naissance, se traduit par un retard mental ; quand elle survient après

un développement cérébral qui a été normal, elle détermine une forme psychotique. Des facteurs étiologiques semblables peuvent causer les deux syndromes, leur combinaison. Des facteurs étiologiques différents peuvent aussi intervenir, la destruction des cellules ganglionnaires dans l'arriération mentale et des facteurs toxiques inhibitoires dans la schizophrénie.

L. Marchand.

Études sur la privation des parents chez des malades mentaux par I. Grégory. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 432).

La fréquence de la privation des parents durant l'enfance a été mal établie pour les raisons suivantes. On a comparé des exemples différents, on n'a tenu compte que de cas choisis, on a commis des erreurs parmi les exemples ; on en a tiré des conclusions fausses. Tous ces facteurs ont été discutés dans ce travail ; des tables très importantes comprenant les recherches antérieures faites par de nombreux auteurs permettent de juger de la fréquence de la privation des parents durant l'enfance, d'une part chez des sujets normaux, d'autre part chez des malades mentaux. Il ressort que la privation de l'un ou l'autre parent s'observe très fréquemment dans l'enfance des sujets qui manifestent plus tard un comportement délinquant, antisocial ou psychopathique. La perte de la mère est plus importante que celle du père. La mort d'un parent, la séparation d'avec l'un des parents, surtout si celui-ci est atteint d'une des deux grandes psychoses fonctionnelles se trouvent avec une fréquence considérable chez les psychonévrotiques et les schizophrènes. La fréquence est d'autant plus grande que la privation des parents a eu lieu avant les âges de 7 et 10 ans. La privation de la mère s'observe surtout chez des jeunes psychotiques ; la privation du père chez les névrotiques et les psychotiques.

L. Marchand.

Des troubles constatés dans l'enfance des sujets devenus schizophrènes à l'âge adulte. Étude portant sur 30 ans, par P. O'Neal et L. Robins. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 385).

Le but de ce mémoire est de comparer les antécédents infantiles des malades qui sont devenus des schizophrènes à l'âge adulte et de les comparer avec ceux des malades qui présentèrent dans l'enfance un comportement antisocial et qui ont été considérés comme normaux à l'âge adulte. Sur 526 enfants examinés dans une clinique, 284 ont été suivis pendant trente ans ; 10 % sont devenus des schizophrènes et 20 % sont normaux. La plupart de ceux qui sont des schizophrènes ont présenté des maladies infectieuses dans les deux premières années de la vie, des troubles de l'audition, des difficultés dans la marche, un aspect féminin, ce que l'on n'a pas noté chez ceux qui sont devenus normaux. Leur comportement antisocial comprenait l'agressivité, l'incorrigibilité, le vandalisme, des difficultés à la maison et à l'école. Ces manifestations ont toujours été bien plus légères chez ceux qui, à l'âge adulte, étaient normaux. La moitié de ceux qui devinrent psychotiques ont été arrêtés plusieurs fois quand ils atteignirent l'âge

adulte. On nota chez eux des craintes, des phobies, des tics, du maniérisme, des phases de dépression, des tendances paranoïdes. La constatation de ce comportement antisocial pré-psychotique est plus important à reconnaître psychiatriquement que pénalement.

L. Marchand.

La première année de vie. Points de vue modernes sur le développement émotif pendant la première année de vie, par O. W. Winnicot. (de Londres). (*Infanzia Anormale,* fasc. 30, janvier-février 1959, p. 3-19).

L'auteur analyse quelques éléments du processus de maturation affective de la première année de vie, prouvant l'importance de sa connaissance pour une bonne pédagogie et pour le diagnostic précoce d'un trouble émotif. Puis il examine le problème de la dépendance, de l'intégration, du rapport entre psyché et soma et entre psyché-soma et intellect, de la fantaisie et de l'imagination, de la réalité intérieure individuelle, de la vie instinctive, des rapports avec les objets, de la spontanéité, de la capacité créative, de l'agressivité, des sens de la responsabilité, des objets significatifs et de l'amour. L'auteur a considéré seulement le cas d'un enfant sain et normal sans faire de référence à la psychopathologie.

V.-J. Durand.

Rôle de l'ambiance mentalement pathologique dans les troubles du caractère et du comportement de l'enfant, par M. Schachter (de Marseille). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, fasc. 3, 1958, p. 359-382).

Parmi les nombreuses causes déterminantes des troubles caractériels et du comportement chez les enfants et les adolescents, celles qui sont en rapport avec les conditions psychologiques et mésologiques occupent une place considérable. Parmi ces causes, l'auteur s'occupe plus particulièrement ici de l'action perturbatrice des anomalies du comportement des parents. Elles peuvent retentir très fâcheusement sur les enfants. Trois observations sont rapportées concernant respectivement une fillette de 10 ans 1/2, un garçon de 7 ans et un autre de 11 ans. Quand c'est possible, il y a intérêt à soumettre les parents au test de Rorschach. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Problèmes et réactions psychologiques des parents d'enfants sous-doués, par Jean Delâge et Paul Lavallée. (*Laval médical,* Québec, vol. 24, n° 1, octobre 1957, extrait de dix pages).

Trop souvent, les parents restent dans l'ignorance de la condition réelle de leur enfant, d'où perte de temps difficilement réparable. Parfois, les parents sont incapables seuls de s'adapter à leur enfant déficient. Ils ont besoin d'aide pour envisager les problèmes intra- et extra-familiaux. Le problème de l'enfant sous-doué n'est souvent pas uniquement celui d'un déficient, mais celui de l'équilibre mental de toute une famille. La société doit diminuer, sinon éliminer, les difficultés d'éducation de l'enfant sous-doué et lui permettre de devenir un adulte actif.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

L'utilisation du matelas à eau dans la prévention des escarres, par S. Brioni. (*Il Policlinico,* partie pratique, vol. LXV, année 1958).

L'auteur rappelle les moyens classiques de prévention des escarres, qu'il classe dans deux rubriques (offrir au malade une surface de sustentation confortable et peu traumatisante d'une part, favoriser la bonne trophicité cutanée de l'autre).

Le lit bivalve de Striker, qui a des avantages, est compliqué et quelquefois mal accepté par les malades.

S. Brioni expose ensuite les bons effets du matelas à eau, qui permet d'obtenir une distribution plus uniforme du poids du corps sur toute la surface cutanée. Il mesure les pressions exercées aux points d'élection des escarres (région scapulaire, sacrum, talons), suivant le matériel utilisé : 1) sur un plan rigide, la pression en mm. de mercure est de 80 aux épaules, 120 au sacrum, 20 aux talons ; 2) sur un bon matelas de laine élastique, elle est de 70 aux épaules, 80 au sacrum, 10 aux talons ; 3) sur un matelas à eau : 50 aux épaules, 50 au sacrum, presque nulle aux talons.

La répartition de la pression est donc meilleure ; d'autre part, la mobilité de la masse liquidienne et ses ondulations, même légères, peuvent réaliser un massage doux et continu de la peau et des couches graisseuses superficielles, qui n'est pas sans bons effets sur leur trophicité.

Ce matelas comporte une enveloppe de gomme molle mais inextensible, partiellement remplie d'eau (100 à 150 litres pour un sujet de dimensions moyennes), reposant sur le lit par l'intermédiaire d'une planche en bois. Inutilisé, il peut être vidé et n'occupe que peu de volume ; sa mise en place est rapide. Le malade s'habitue vite à l'impression d'instabilité légère. L'impression de froid peut être combattue par l'utilisation d'eau tiède ou chaude.

Dans le service neuro-chirurgical de l'hôpital civil de Padoue, où ce matelas est généralement utilisé, l'auteur n'a constaté que très exceptionnellement la formation d'escarres ; quant aux malades porteurs d'escarres à l'arrivée, ils ont retrouvé l'intégrité de leurs téguments.

J. Biéder.

Schéma corporel, relaxation et psychothérapie, par J. Zellermayer. (*Medicina Psicosomatica,* Rome, 1958, 3, 2, pp. 95-101).

L'auteur considère l'efficacité des méthodes physiques à l'égard de diverses affections ; la relaxation qui survient spontanément au cours d'une psychothérapie ; les processus caractérisant les thérapeutiques physiques et les psychothérapies. Il considère le rôle éminent joué par le corps dans le développement du moi ; pour lui, il est possible de reconnaître que les méthodes physiques « ouvrent une voie pour l'ampliation de la sphère du moi ». Ces données paraissent importantes pour le développement ultérieur des techniques psychothérapiques et encouragent à perfectionner le développement des méthodes physiques et psychiques dans le traitement des troubles de la personnalité.

R. Ropert.

Résultats psycho-cliniques de la préparation psycho-somatique à l'accouchement, par G. Pinoli. (*Medicina Psicosomatica* (Rome), 1958, 3, 2, pp. 122-131).

A la lumière de la pratique actuelle des méthodes de préparation psycho-physiologique à l'accouchement, l'auteur examine, dans une perspective clinique, les résultats obtenus par le conditionnement psychologique des parturientes. Il discute les problèmes principaux concernant la réalisation pratique de ce conditionnement en relation avec la personnalité psychique du sujet ainsi qu'avec les différentes méthodes didactiques employées. Il confirme l'importance des méthodes d'éducation à l'accouchement, sur le double plan psychothérapique et obstétrical.

R. Ropert.

Le traitement neurochirurgical de l'hypésthésie d'origine arachnoïdienne des nerfs acoustiques, par D. Miskolczy et A. Máthé. (*Ideggyógyászati Szemle, 11,* 21, 1958). (Adresse des auteurs : Clinique de neurologie de Târgu-Mureș, Roumanie).

Rapport de sept cas opérés, dont l'indication se basait sur les données cliniques suivantes : exclusion d'une maladie de l'oreille ; caractère intermittent des troubles de l'ouïe (arachnoïdite cystique ou laminaire avec améliorations transitoires de la circulation du liquide) ; troubles vestibulaires (à la nécessité section du nerf vestibulaire à l'opération) ; élargissement des ventricules sur l'encéphalogramme ; dans les antécédents, une maladie qui justifie la présupposition d'une arachnoïdite consécutive (otite moyenne, méningite, etc.) ; douleurs dans la région sous-occipitale ; le résultat négatif de tout traitement conservatif.

Les interventions chirurgicales pratiquées furent : soit une arachnolyse dans l'angle ponto-cérébelleux, soit l'ouverture de la lamelle sus-optique, selon la prépondérance des symptômes cliniques de l'angle ponto-cérébelleux ou d'un processus de la base du crâne.

Jakab (Pécs).

L'évaluation et l'épreuve des drogues psychopharmaceutiques, par A Leveton. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 234).

L'action des agents psycho-pharmaceutiques dans les maladies mentales est très difficile à apprécier. Le nombre des facteurs non pharmacologiques qui influencent l'état mental d'un individu est très important. L'auteur passe en revue le rôle de l'hôpital, le milieu où vit le sujet, l'action du médecin et du personnel soignant, l'importance des effets néfastes que peuvent produire les drogues, la difficulté d'apprécier le rôle joué par les placebos. Il ne parle pas de l'action favorable si fréquente de la simple nature.

L. Marchand.

Électrothérapie régressive, chlorpromazine et traitement d'un groupe de schizophrènes chroniques hospitalisés, par P. King. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 4, octobre 1958, p. 354).

L'auteur a établi une échelle de symptômes pour apprécier les résultats des traitements par électro-chocs régressifs dans dix-neuf séries de cinq schizophrènes chroniques. Cinq groupes de dix-neuf malades furent formés pour comparer les résultats ; ils comprennent les malades traités uniquement par l'électro-choc, des malades soumis en plus à la psychothérapie, des malades traités par la chlorpromazine, des malades traités par la chlorpromazine et la psychothérapie, un groupe de contrôle.

Les sujets soumis à l'électrochocthérapie pendant six mois présentèrent une aggravation notable de leur état par rapport aux sujets du groupe de contrôle.

Les sujets soumis à l'électrochocthérapie durant une semaine reprirent leur état antérieur au traitement sans modification de leur état mental.

Les sujets traités par la chlorpromazine présentèrent une amélioration notable en comparaison avec les sujets du groupe de contrôle.

L. Marchand.

Complications tardives de l'électrochocthérapie : « syndrome de choc ». Rapport d'un cas fatal, par B. Mc Nichol. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, octobre 1958, p. 346).

Il y aurait 0,1 % de mort par électro-choc et le total des morts rapportées dans la littérature serait de 254. La plus grande proportion a lieu rapidement et est due à l'arrêt du cœur, à la rupture cardiaque, à la thrombose des coronaires ou à des complications cardio-respiratoires. Les complications cérébrales ne sont pas citées. Les cas de mort tardive sont moins connus et on cite l'exemple fréquent de mort par « électro-choc-fracture-pneumonie ». Dans l'exemple rapporté, il s'agit d'un sujet âgé de 43 ans, atteint de démence précoce, qui avait été traité antérieurement par une série d'électrochocs et pour tuberculose pulmonaire. Au cours d'une nouvelle série de chocs, il fut atteint de fractures inter-trochantériennes des deux fémurs compliquées de troubles urinaires qui entraînèrent la mort quinze jours plus tard. A l'autopsie, on nota une destruction massive des muscles des cuisses, l'œdème des reins, avec lésions microscopiques importantes (trois microphotos). L'auteur admet l'action de plusieurs facteurs ayant déterminé la mort.

L. Marchand.

L'appréciation des « tranquilisants » et leur influence sur d'autres traitements somatiques en psychiatrie, par L. Kalinowki. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 4, 1958, p. 294).

Dans cette importante revue thérapeutique, nous relevons les appréciations suivantes :

Les traitements convulsifs produisent un effet plus spécifique sur l'évolution de la maladie mentale que ne le font les drogues. Celles-ci agissent surtout sur les excitations et l'agressivité.

L'électrochocthérapie dans le traitement de la schizophrénie ne peut pas être toujours remplacée par un traitement pharmacologique. Dans la plupart des cas, la psychochirurgie peut l'être par des drogues. Pour les malades présentant un épisode aigu de schizophrénie, l'insuline et les électrochocs sont préférables aux tranquillisants.

Dans les états névrotiques, les barbiturates ont un effet tranquillisant supérieur aux phénothiazines et au *Rauwolfia*. Beaucoup de praticiens préfèrent les méprobamates, qui ne sont pas des « neuroplégiques », et se rapprochent des barbiturates. Dans les névroses sévères, telles que le type obsessif-compulsif, la psychochirurgie (lobotomie modifiée) donne de bons résultats et ne doit pas être abandonnée ; cependant, de nombreux malades peuvent être maintenus en bon état avec les drogues.

Si l'on considère la combinaison des drogues avec d'autres traitements plus anciens, il est admis que l'électrochocthérapie est dangereuse chez les sujets soumis à un traitement à la réserpine ainsi qu'aux phénothiazines. Ces traitements doivent être ordonnés l'un après l'autre, en commençant par la pharmacothérapie. La chlorpromazine et la réserpine améliorent parfois les résultats psycho-chirurgicaux mais ils peuvent causer des convulsions chez les lobotomisés, d'où la nécessité de leur adjoindre des anticonvulsifs.

L. Marchand.

Évaluation psycho-physiologique de la phényltoloxamine, un nouvel agent phrénotropique. Étude comparative avec la réserpine et le placebo. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 4, octobre 1958, p. 301).

La phényltoloxamine (N.N.-diméthyl-2-(alpha-phényl-ortho-toloxy)-éthylamine) a été expérimentée chez quinze sujets normaux volontaires aux points de vue physiologique, psychologique, psychiatrique, psychomoteur et subjectif. A la dose de 400 mg. par jour, le produit a un effet sédatif et modérément hypnotique, atteignant son maximum au bout de quatre à cinq heures. On note alors de la somnolence, de la lenteur psychomotrice et mentale. Cet état, désagréable d'après les sujets, est suivi d'un stade de relaxation, d'une augmentation de la capacité d'exécuter un travail mental qui dure quatre à huit heures, d'une performance accrue. En contraste avec la réserpine, on ne note ni effet autonome et viscéral. La tension musculaire est réduite. Ces résultats indiquent une action corticale plutôt que sous-corticale. L'action sédative du produit et ses effets sur la tension musculaire suggèrent des ressemblances avec les barbiturates et avec le méprobamate.

L. Marchand.

Action du méthyl-phénidylacétate (ritalin) et de la réserpine dans les désordres du comportement des enfants et des adultes, par Fr. Zimmerman et B. Burgemeister. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 4, octobre 1958, p. 322).

Après six mois de traitement avec le ritalin ou la réserpine, on ne constate aucune modification importante de l'intelligence verbale, mais chez les deux tiers des enfants, le comportement est très amélioré.

Les tests moteurs montrent que le ritalin provoque une réduction du

temps des réactions mieux que la réserpine ; de même, avec ce produit, les résultats sont supérieurs ; on constate une diminution de la dépression, une augmentation de l'agilité, une amélioration de la nonchalance.

Les symptômes toxiques sont rares et peu accusés avec le ritalin ; ils se traduisent par de l'insomnie, une hyperactivité, la perte de l'appétit quand les doses sont élevées, et ils se manifestent surtout chez les enfants âgés de moins de 6 ans. La somnolence constitue le principal symptôme toxique provoqué par la réserpine.

L. Marchand.

Comparaison entre la triflupromazine (vesprin), la chlorpromazine et le placebo chez 85 malades chroniques, par J. Smith, D. Christian, A. Rutherford et E. Mansfield. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 253).

Des 85 malades traités avec la triflupromazine et la chlorpromazine, aucun n'a été suffisamment amélioré pour être mis en liberté. Aucun de ces produits aux doses données n'est assez actif pour être inclus d'une façon correcte dans le traitement des maladies chroniques. Néanmoins, ils peuvent être essayés dans le traitement des malades qui troublent les services.

L. Marchand.

Altérations sanguines dues aux dérivés de la phénothiazine. Rapport de quatre cas, par M. Petersen, R. Carey, D. Rhoads. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 257).

Les observations comprennent deux cas d'agranulocytose dus à la mépazine (pacatal), dont l'un mortel, un cas d'altération du foie due à la chlorpromazine et une anémie hémolytique due également à la chlorpromazine.

L. Marchand.

Une évaluation de l'efficacité de l'harmonyl dans le traitement psychiatrique, par D. Freedman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 248).

L'harmonyl est un alcaloïde du *Rauwolfia*. Comme ce produit présente des rapports chimiques et pharmacologiques avec la réserpine, l'auteur a comparé l'action des deux médicaments. Il arrive à la conclusion suivante : « Des résultats présentés ici, on ne peut pas conclure que l'harmonyl ou la réserpine aux doses utilisées soit un agent psychothérapeutique plus actif qu'un placebo d'apparence physique similaire. »

L. Marchand.

Études sur la mescaline. Observations psycho-dynamiques, par H. Denber. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 3, septembre 1958, p. 239).

Les observations psycho-dynamiques de l'état provoqué par la mescaline ont été prises sur 124 malades. La mescaline produit un « état d'être » dans lequel le tableau clinique peut aller du sommeil à l'agitation et de l'état

normal à des états mentaux profondément désorganisés. L'anxiété peut être considérée comme le fond sur lequel évolue la mescaline. On peut admettre la description de ses effets sous trois chapitres : 1° hostilité-agression ; 2° sexualité ; 3° transfert. Des comportements symboliques divers sont observés ; les plus fréquents sont de nature sexuelle. Le rôle principal de l'anxiété est passé en revue et discuté.

L. Marchand.

Complications nerveuses du traitement aurique. Aperçu des symptômes neurologiques et psychiatriques. Résultats du traitement par le B.A.L., par L. J. Enditz. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 3, septembre 1958, p. 395).

Chez un sujet traité à l'or (auromycose) pour polyarthrite chronique, apparition d'une polyneuropathie à constitution progressive se traduisant par une parésie des muscles innervés par le trijumeau, une parésie des muscles faciaux des deux côtés, une parésie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs, plus marqués à leur racine. Le traitement B.A.L. améliore rapidement l'état du malade en éliminant l'or. A l'aide de 71 cas tirés de la littérature, on constate que l'intoxication du système nerveux par l'or peut se manifester par un syndrome douloureux avec insomnie, angoisse, excitation, par un syndrome de déficit moteur périphérique, par des troubles mentaux réactionnels et des psychoses exogènes dues à une encéphalopathie (dépression, délire onirique).

L. Marchand.

Empoisonnement simulant l'intoxication par l'atrophie dû aux agents tranquillisants, par P. Mahrer, P. Bergman et S. Estren. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 4, octobre 1958, p. 337).

Les dérivés de la phénothiazine tels que la prométhazine (phénergan), la chlorpromazine (thorazine), la proclorpérazine (compazine), la mépazine (pacatal) ont tous en commun la propriété de provoquer à divers degrés une activité anti-cholinergique. Les auteurs rapportent l'observation d'un cas d'intoxication simulant celle par l'atropine chez un schizophrène de 36 ans soumis à un traitement consistant en mépazine et proclorpérazine. L'intoxication s'est manifestée par absence de sueur, hyperthermie, paralysie pupillaire, sécheresse des muqueuses, délire. Guérison rapide.

L. Marchand.

Traitement des états dépressifs par le G. 22.355 (imipramine hypochloride), par R. Kuhn. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, N° 5, novembre 1958, p. 459).

Le G. 22.355 (N.-(gamma-diméthylaminopropyl)-iminodibenzylhydrochloride) est une substance qui a des propriétés dépressives. Elle peut, chez des prédisposés, causer des états pseudo-maniaques ; elle agit comme stimulant et euphorisant. Pendant trois ans, plus de 500 malades mentaux ont été traités par ce produit. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas de dépression endogène caractérisés par de la lenteur, de la fatigue, de la tristesse, par un sentiment de culpabilité et de désespoir généralement

plus accusé le matin que le soir. L'amélioration survient au bout de deux à trois jours, dans quelques cas au bout de quatre semaines de traitement. Les complications sont relativement légères ; on a observé l'exanthème allergique et des états d'agitation chez des sujets atteints de lésions cérébrales ou de psychose schizophrénique. Dans nombre de cas, chez des schizophrènes, des névrotiques et autres déprimés, le produit est particulièrement actif quand il est donné en combinaison avec la chlorpromazine, les électro-chocs, avec un traitement psychothérapique. En résumé, l'imipramine hydrochloride est surtout indiqué comme traitement de la dépression endogène.

L. Marchand.

Etude du traitement par l'iproniazide des malades chroniques akinétiques, par J. Belisle, D. Townley, V. Kolowski et P. Martel (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 6, décembre 1958, p. 644).

L'iproniazide (marsilid) a été considéré comme un énergétique psychique. Les auteurs ont étudié ses effets chez cent malades chroniques akinétiques, sans égard pour le diagnostic, mais parce qu'ils étaient lents, sans activité, incapables d'entrer en communication. Chez 32 malades, le traitement fut suspendu avant deux mois en raison des complications. Après 18 mois de traitement, 50 malades présentèrent des réactions psychotiques aiguës caractérisées par de la combativité, de l'agitation bruyante, de l'insomnie ; 33 autres restèrent sans changement ; 17 seulement manifestèrent plus d'activité et d'intérêt. Ces derniers étaient surtout atteints de dépression. Comme complications, on relève trois cas de troubles hépatiques ; un sujet mourut d'atrophie jaune aiguë du foie ; six malades présentèrent des convulsions. Comme autres phénomènes, on note : insomnie, vertige, syncope, tremblements, céphalées, symptômes urinaires, chute de la pression sanguine, œdème des pieds.

L. Marchand.

Des modifications spécifiques du comportement produites par la chlorpromazine chez les schizophrènes chroniques, par C. Scott Moss, R. Jensen, W. Morrow et H. Freund. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 449).

Il est d'observation courante que des modifications radicales dans le comportement des schizophrènes ne sont pas accompagnées de changements parallèles dans les résultats donnés par les tests psychologiques. Il est possible que les psychologues appliquent dans leurs mesures de l'intelligence des techniques mauvaises. Il est aussi possible que les modifications apportées par la chlorpromazine soient relativement superficielles. On relève une amélioration de quelques symptômes objectifs, mais dans aucun cas on ne peut considérer le malade comme guéri de sa psychose. Quand le médicament est administré pendant une période relativement courte, il est commun d'observer cliniquement que la réaction psychologique à la chlorpromazine est initialement marquée, spécialement quand le produit est donné à de fortes doses, et qu'après plusieurs semaines il semble qu'une tolérance se développe de sorte que les troubles psychologiques semblent s'être exagérés. Après des observations faites durant 14 mois, en dépit d'une médication composée de divers tranquillisants, aucun malade sauf un n'a pu quitter l'hôpital. L'enthousiasme pour les traitements psychopharmaco-

logiques pourrait être tempéré par une plus juste appréciation de l'action de ces médicaments.

L. Marchand.

Chimiothérapie par l'iproniazide dans la mélancolie, par Th. Robie. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. n° 5, novembre 1958, p. 402).

L'auteur rapporte les résultats qu'il a obtenus dans les maladies mentales dépressives par le traitement avec le marsilid et la psychothérapie. Sur 100 cas, 78 furent guéris ou en rémission. Dans la majorité des cas, l'électrochocthérapie peut être évitée sauf au début du traitement si on craint le suicide. Ce produit chimique, qui est introduit depuis six ans dans le traitement de la tuberculose, a une efficacité thérapeutique dans les états apathiques. La dose est de 150 mg. par jour, puis réduite à 125 mg. entre le 3e et le 7e jour, puis à 100 mg. entre le 7e et le 12e jour, puis à 75 à 50 mg. La pression artérielle doit être prise souvent, car le produit peut déterminer une hypotension grave dont l'antidote est la cortisone. On doit craindre le développement d'une hépatite aiguë mortelle causée par l'anoxie.

L. Marchand.

Le coma atropinique ; un traitement somatique en psychiatrie, par C. Forrer et J. Miller. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 455).

Le coma est obtenu par l'administration de doses massives d'atropine allant de 32 mg. à 212 mg. en injections intramusculaires. Quinze à vingt minutes après l'injection, on note de l'agitation, de la confusion, de l'incoordination motrice, de l'ataxie, du vertige, de la difficulté de l'articulation. Un syndrome cérébral aigu se traduit par des troubles de la mémoire, de la désorientation. des illusions, et fréquemment des hallucinations visuelles, puis c'est le coma. La peau devient sèche et chaude. La guérison est spontanée après une période d'une demi-heure à une heure. La mimique reflète une activité émotionnelle ; des mouvements de succion, de mastication, de rejet de fumée de tabac sont fréquents.

Avant l'injection intramusculaire d'atropine, on utilise la thorazine (50 mg.) pour éviter les nausées et les vomissements. Du coldcream est appliqué sur les lèvres pour combattre leur sécheresse et une pommade à l'ésérine est placée dans le sang conjonctival pour combattre la mydriase. La température doit être prise continuellement, car la seule complication du traitement est l'hyperthermie. Le coma est provoqué quatre fois par semaine; la série est de vingt comas. Comme antidote, on peut utiliser la pilocarpine et de préférence le sulfate de physostigmine.

Comme résultats, les auteurs ont observé pendant plusieurs heures après le coma un meilleur contact des malades avec la réalité, leur affectivité est plus appropriée et l'action psychothérapeutique est plus efficace.

Comme différences avec le coma insulinique, ils soulignent la simplicité et la facilité du traitement, l'uniformité dans les symptômes physiologiques provoqués, l'emploi d'un personnel réduit, le prix peu élevé du traitement et ses indications plus étendues. Toutefois, ils reconnaissent que leur méthode est trop récente pour que l'on puisse comparer les résultats thérapeutiques avec ceux du coma insulinique.

L. Marchand.

De la suspension de la chlorpromazine chez les schizophrènes, par W. Goog, M. Sterling et W. Holtzman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 5, novembre 1958, p. 443).

L'étude a porté sur quatre groupes de 28 schizophrènes qui, durant trois mois, ont été alternativement traités intensivement, soit par la chlorpromazine, soit soumis à la prise de placebos, de sorte que les malades ont été suivis durant six mois. De nombreux tests avant et après traitement ont été utilisés ; de même, on a tenu compte des observations du personnel. Conclusions : la chlorpromazine peut être suspendue pendant dix à douze semaines sans réapparition notable des troubles du comportement et des fonctions intellectuelles. La suppression de la chlorpromazine pendant une période de trois mois ou plus se traduit par une rechute chez quelques schizophrènes ; on note le retour des hallucinations, des délusions, de l'incohérence, de la confusion, ce qui constituait la symptomatologie de l'état mental du sujet avant la suppression de la chlorpromazine. Il n'y a aucun rapport entre la durée du traitement antérieur par la chlorpromazine et la tendance à la rechute après son arrêt. Après une suspension de trois mois, le traitement peut être repris chez des sujets dont le bon état s'est maintenu ; il y a là une méthode de traitement toute indiquée chez les schizophrènes chroniques.

L. Marchand.

Le traitement médical de la maladie de Parkinson, par J. Sigwald (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 17e année, n° 425, 30 mars 1959, p. 149-151).

Le traitement de la maladie de Parkinson ne tient pas compte de l'étiologie. Il comprend une thérapeutique symptomatique, une thérapeutique générale, enfin la kinésithérapie. La première est toujours délicate à mettre en route. Il est nécessaire de considérer la tolérance individuelle, de trouver le meilleur médicament pour chaque malade et la dose optimale déterminée par tâtonnements. La répartition quotidienne en cinq prises est recommandée. Certains produits sont des antiparkinsoniens majeurs : isothazine, tribéxyphénidyl, procyclidine, cycrimine, phenglutarimide. Les autres ne doivent cependant pas être négligés, car ils sont souvent indispensables à certains malades. Il faut maintenir l'application d'une drogue tant qu'elle restera efficace. Des associations, des changements, sont possibles. Le traitement général consiste en séries alternées de vitamines (surtout B6 et B12) et d'hormones. Quant à la kinésithérapie, elle est indispensable et doit être poursuivie avec persévérance.

V.-J. Durand.

Traitement chirurgical de la maladie de Parkinson, par G. Yasargil et H. Krayenbuhl (de Zurich). (*Médecine et hygiène*, Genève, 17e année, n° 425, 30 mars 1959, p. 147-149).

Décrivant les résultats de leur statistique personnelle portant sur 85 cas, les auteurs montrent que l'opération stéréotaxique n'est pas une panacée. Dans la série présente, il y eut 60 à 70 % de bons résultats. Pour apprécier l'indication opératoire, doivent intervenir l'état général du malade et le

degré de gravité de l'affection. De plus, il faut rappeler que l'opération stéréotaxique ne constitue qu'un traitement symptomatique, si bien que les patients opérés doivent continuer à être aidés socialement et psychologiquement comme avant l'opération. De même, il y a souvent lieu de ne pas interrompre la médication antiparkinsonienne antérieure. Pour les cas opérés par les auteurs, il fallut déplorer neuf décès, surtout chez des malades à mauvais état général.

V.-J. Durand.

Effets de la thérapeutique médicale sur les troubles du caractère chez les épileptiques, par D. Fontanari et U. Curro Dossi (de Padoue). (*Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. 82, fasc. 4, 31 décembre 1958, p. 848-883).

Pour étudier les possibilités d'action des traitements médicaux sur les troubles du caractère chez les épileptiques, les auteurs ont pris en considération les effets des divers médicaments anticomitiaux et de l'association de ces produits avec la chlorpromazine et la réserpine dans un groupe de malades présentant des accès convulsifs et des troubles psychiques intercritiques. Ils ont recherché et discuté les rapports éventuels entre évolution de la symptomatologie psychique et caractéristiques des remèdes employés, type d'épilepsie, modifications de l'intensité et de la fréquence des accès. S'appuyant sur une statistique comprenant des épileptiques maintenus en service fermé, les auteurs illustrent l'utilité et discutent les différents problèmes posés par l'application de la chlorpromazine et surtout de la réserpine, associées aux produits anti-épileptiques. Dans l'ensemble, les résultats sont favorables. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La leucotomie dans la schizophrénie, par Pédro Polonio (de Lisbonne). (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina,* vol. 4, n° 4, octobre-décembre 1958, p. 367-375).

L'auteur montre la valeur actuelle de la leucotomie dans le traitement de la schizophrénie. Les résultats peuvent être favorables. Ils font penser que le système fronto-thalamo-hypothalamique a des relations importantes avec la maladie. Des études nouvelles sont nécessaires.

V.-J. Durand.

Sur l'emploi de la promazine dans la pratique neuropsychiatrique. Résultats Cliniques, par R. Rosselli, M. Saginario et S. Valla (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 5, fasc. 1, janvier-mars 1959, p. 145-155).

Après un rappel rapide de la littérature, les auteurs exposent les résultats du traitement par la promazine sur un groupe de 109 malades, surtout psychonévrotiques. La promazine a démontré posséder une influence favorable sur les états d'excitation, sur la tension émotionnelle et sur l'anxiété. Son emploi est recommandé pour les traitements ambulatoires et dans la thérapeutique des psychonévroses. L'absence d'effets collatéraux améliore

et facilite les possibilités d'utilisation dans les traitements neuroplégiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La cure de sommeil, ses indications et son application, par F. Labhardt (de Bâle). (*Médecine et hygiène,* Genève, 17e année, n° 425, 30 mars 1959, p. 153).

La cure de sommeil est une méthode de traitement dans laquelle le sommeil est utilisé comme agent thérapeutique. On employait autrefois des barbituriques à effets toxiques dans le traitement des psychoses. Aujourd'hui, on ne fait plus que des cures de somnolence contre certaines névroses et affections psychosomatiques, avec des barbituriques sans effets toxiques, des hypnogènes sans barbituriques à action sédative et hypnogène. La cure de sommeil régularise les fonctions végétatives, mais a surtout une valeur psychothérapique et doit s'utiliser dans le cadre d'un programme thérapeutique d'ensemble.

V.-J. Durand.

Le frenquel dans le traitement des schizophrénies chroniques, par Roman Prypchan. (*Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurologia,* vol. 4, n° 10, janvier-juin 1958, p. 31-39).

Trente schizophrènes, soignées depuis longtemps à l'hôpital psychiatrique, ont été traitées par le frenquel buccal pendant un temps oscillant de onze à quatre-vingts jours, avec des doses quotidiennes de 60 à 300 mg. Il fut possible d'observer une amélioration marquée dans un cas, des améliorations légères dans sept et une aggravation dans deux. C'est seulement dans deux cas que l'amélioration persista après cessation du traitement. Chez les autres malades, on nota une rechute au bout de deux à cinq jours après l'arrêt du frenquel. Le dernier médicament, même administré à doses élevées, a été toujours bien toléré.

V.-J. Durand.

Recherches sur le traitement préventif et curatif des phénomènes de la vieillesse. L'action de la novocaïne, comme facteur eutrophique et rajeunissant, par C. I. Parhon et Ana Aslan. (*Revue des sciences médicales,* Bucarest, t. 2, 1957, p. 5-21).

Après avoir évoqué quelques méthodes thérapeutiques de lutte contre les processus de vieillissement, les auteurs étudient l'action de la novocaïne en tant que facteur eutrophique et rajeunissant. Ils ont employé, après recherche de la tolérance du malade, des injections intra-musculaires de scurocaïne, trois fois par semaine, de 10 cg. d'une solution à 2 %, de *p*H entre 4,2 et 5. La série comprend douze injections, suivies d'un repos de dix jours, puis d'une nouvelle série, et ainsi de suite. Deux observations détaillées sont rapportées. Puis est montrée l'efficacité de la novocaïne comme facteur prophylactique. Les intéressants résultats obtenus depuis plusieurs années sont discutés. Certains points demeurent à préciser, en particulier, sur la possibilité d'un épuisement progressif de l'efficacité thérapeutique et les moyens de l'éviter, ainsi que sur la nécessité d'associer plusieurs

traitements. Trois figures. Références bibliographiques essentiellement roumaines.

V.-J. Durand.

Note préliminaire sur l'emploi de perphénazine (« Trilafon » schering) dans les psychoses graves, par M. Callens (de Courtrai). (*Acta neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 11, novembre 1958, p. 925-933).

La perphénazine semble à l'auteur, après ses premiers essais cliniques, posséder une activité plus rapide et plus grande que les autres phénothiazines, même administrée par voie buccale. Par contre, l'action serait moins soutenue. Le dosage doit être plus réduit. Il a été possible d'observer un Parkinson phénothiazinique une seule fois pour la dose maximale (64 mg. par jour). Des effets secondaires isolés ont été constatés, mais semblaient banaux. Il faut signaler cependant des douleurs musculaires et un syndrome affectif qui se manifestait par une dysphorie, une irritabilité, de l'instabilité psychomotrice, et de l'insomnie. Les idées délirantes sont nettement améliorées.

V.-J. Durand.

Etude de l'activité d'une nouvelle phénothiazine : La lévomépromazine (7044 R.P.), par R. Debert (d'Ypres). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 11, novembre 1958, p. 934-943).

Vingt-six malades ont été traités par la lévomépromazine. Parmi eux se trouvaient dix-huit cas de mélancolie et de dépression dont quatre seulement ne donnèrent pas de bons résultats. Deux schizophrènes ont réagi favorablement. Pour quatre névroses obsessionnelles, l'action a été moins nette. Il n'y eut aucun incident. Les doses sont plus faibles qu'avec la chlorpromazine. En association avec l'électro-choc, l'efficacité est augmentée. La prudence est conseillée chez des malades âgés, au seuil de la décompensation cardiaque. Les meilleures indications sont la mélancolie simple et l'angoisse.

V.-J. Durand.

La reconstruction de la personnalité par l'emploi des neuroleptiques par E. Meurice (de Liége). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 11, novembre 1958, p. 944-958).

L'administration de neuroleptiques pendant plus d'un an et demi à 50 schizophrènes chroniques a permis à l'auteur d'étudier certains états intermédiaires entre la phase de simple sédation des signes d'hyperthymie et l'amélioration finale. Ce n'est qu'au bout de nombreux mois qu'on peut considérer l'action des neuroleptiques comme stabilisés à son plus haut niveau. La reconstruction de la personnalité se fait en plusieurs étapes et peut être plus ou moins complète. Il apparaît que le traitement calme d'abord l'angoisse et l'intérêt exclusif accordé par le malade à certaines situations qu'il ne peut supporter. Ainsi, la personnalité se retrouverait en mesure d'élargir le champ de ses intérêts et d'utiliser des mécanismes de défense vrais. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le cours évolutif de quelques types cliniques de schizophrénies chroniques traitées par l'association de chlorpromazine et de réserpine, par Rafael Coullant Mendigutia et Marino José Colina (de Madrid). (*Actas luso-españolas de neurologia y psiquiatria,* vol. 17, n° 1, janvier 1958, p. 6-37).

L'emploi associé de la chlorpromazine et de la réserpine, au cours de diverses formes de schizophrénies chroniques, est susceptible de produire des améliorations plus ou moins importantes. Il est possible d'observer plusieurs phases d'action : phase de sédation, phase de fluctuation ou de doute, phase sans symptômes mais sans critiques des troubles antérieurs, enfin phase sans symptômes et avec critiques de la période morbide. Les auteurs analysent, au point de vue psycho-pathologique, les caractéristiques de ces différentes phases, surtout en ce qui concerne les idées délirantes et la position prise par les malades à leur égard. Quatre observations détaillées sont reproduites et soigneusement analysées.

V.-J. Durand.

Application d'un nouvel analgésique. R. 875 ou palfium, par Gustavo Endara Cárdenas. (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 6, n° 22, avril-juin 1958, p. 200-213).

L'auteur rapporte les résultats de son expérience personnelle de 180 cas, dont 120 neurologiques ou neuro-chirurgicaux traités par le palfium. Une revue des propriétés pharmacologiques du produit évoque les principaux travaux. L'étude des observations recueillies permet de conclure que les caractéristiques essentielles du R. 875 sont : une action analgésique nette, une efficacité extrêmement rapide, quelle que soit la voie d'administration, une toxicité très faible, l'absence d'accoutumance et de phénomènes d'abstinence. Les indications et aussi les contre-indications doivent être connues. Ainsi, l'hypertension intracranienne ne doit pas permettre l'emploi de palfium.

V.-J. Durand.

Narcopsychothérapie dans le précoma insulinique, par Tasso Ramos de Carvalho. (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 6, n° 23, juillet-septembre 1958, p. 398-418).

La narco-analyse facilite beaucoup l'emploi de la méthode psychanalytique abrégée de Stekel, car le psychiatre touche plus rapidement aux problèmes fondamentaux du malade. Il est possible de faire la narco-analyse au cours du précoma insulinique. Le traitement peut être ambulatoire. Si, lors d'une séance, le malade est trop somnolent, les points principaux du problème doivent être arrivés à la séance suivante. L'analyse psychothérapique à la phase de précoma insulinique peut s'employer dans les cas de troubles psychiques liés à une perturbation essentiellement fonctionnelle. Des résultats intéressants peuvent être obtenus. Six observations sont rapportées à titre d'exemples. Il est en général nécessaire de prévoir de vingt à trente séances pour aboutir à une rémission totale ou partielle des troubles. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'action relaxatrice de la succinylcholine dans l'électrochoc. Essais avec le thiogénal comme barbiturique associé, par A. Diaz-Faes et P. Quirós Corujo (d'Oviedo). (*Actas luso-españolas de neurologia y psiquiatria,* vol. 17, n° 1, janvier 1958, p. 38-46).

L'association de succinylcholine permet d'obtenir une relaxation maximale de très brève durée, ce qui la rend particulièrement utile dans l'électro-choc. L'emploi d'un barbiturique (thiogénal ou sel sodique de l'acide méthyl-thio-éthyl-thio-barbiturique) et d'atropine a donné aux auteurs d'excellents résultats. Il a été possible de pratiquer la sismothérapie électrique, sans incidents, chez des sujets âgés, des cardiopathes, des hypertendus. Le thiogénal s'est montré supérieur au pentothal, car ses effets sont plus fugaces et il n'exerce aucune action dépressive sur la respiration. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Activité thérapeutique du méprobamate sur un groupe de psychoses graves, par L. Tosca de Gênes). (*Neuropsichiatria*, 14e année, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 155-167).

Le méprobamate fut employé sur un groupe de 25 psychotiques graves hospitalisés : 15 schizophrènes, 10 dysthymiques. Le médicament fut très bien toléré et permit d'obtenir des effets favorables sur les conditions physiques générales. Il est nécessaire de mettre en relief l'activité anti-anxieuse, parfois même anti-délirante, ce qui justifie la prescription du produit dans les formes accentuées.

V.-J. Durand.

Considérations et données statistiques sur 427 interventions de leucotomie transorbitaire (Fiamberti), exécutées à l'hôpital de Varèse, par G. Cenacchi (de Varèse). (*Giornale di psichiatria e neuropatologia,* 4e trimestre 1957, extrait de 48 pages).

Sur 427 leucotomies transorbitaires faites à l'hôpital neuro-psychiatrique de Varèse par le professeur Fiamberti, il y eut 45 réinterventions. Les résultats globaux comprennent : 11 % de guérisons, 22 % d'améliorations sociales, 10,73 % d'améliorations transitoires, 16,75 % d'améliorations hospitalières, 37,17 % de résultats nuls, 2,35 % de décès. Les résultats socialement utiles se sont élevés à 126 (32,99 % des 382 malades opérés). Ont pu bénéficier de l'opération les affections suivantes : psychoses de l'âge involutif (préséniles et séniles), hyperalgies (cancéreuses ou autres), psychonévroses obsessionnelles et hypocondriaques, psychoses délirantes chroniques avec hyperthymie de base, psychose maniaque-dépressive à épisodes rapprochés et intenses, psychoses épileptiques avec troubles marqués du caractère et du comportement, oligophrénie avec signes d'excitation, schizophrénies, moins avantageux pour l'opération sauf dans les formes où l'agitation est conditionnée par une affectivité anormale. Bibliographie.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de mai aura lieu le lundi 25 mai 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La prochaine séance ordinaire du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 22 juin 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'Honneur

Au grade d'officier :

M. Ey (Henri-Marie-Jean-Louis), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir), membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Au grade de chevalier :

M. Fortineau (Jean-Gabriel-Pierre), médecin neuro-psychiatre, conseiller national de l'Ordre des médecins à Nantes.

M. Tarrius (Pierre-Joseph-Jean), directeur de la maison de santé neuro-psychiatrique d'Epinay-sur-Seine (Seine).

(*J.O.* du 3 mai 1959).

Nominations

M. le D[r] Houillon, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Lommelet (Nord), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord).

M. le D[r] Rappard, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), est muté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne).

M. le D[r] Sutter, médecin des hôpitaux psychiatriques, mis à la disposition du gouverneur de l'Algérie, est placé en position de détachement

auprès du ministre de l'éducation nationale, en vue d'occuper les fonctions de professeur de neuro-psychiatrie de la Faculté d'Alger, avec effet du 1er octobre 1958.

M. le Dr Jay (Maurice) est nommé, à titre intérimaire, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le Dr Biéder, appelé à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 3 mai 1959).

Vacances de postes

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique des Petits-Prés, à Plaisir (Seine-et-Oise), en cours de construction.

Les candidats éventuels sont avisés qu'ils ne pourront effectivement être installés à ce poste que lorsque la première tranche des travaux de construction sera sur le point d'être mise en service.

Le candidat désigné parmi les praticiens occupant déjà des fonctions dans le cadre devra donc conserver son poste actuel durant la réalisation de ces travaux. Il sera chargé, pendant cette période, de donner son avis aux autorités responsables sur tous les points touchant la construction de l'établissement, son équipement et l'organisation de l'assistance psychiatrique en Seine-et-Oise. Ses frais de déplacement et de mission pour se rendre en Seine-et-Oise durant cette période lui seront réglés sur les bases prévues pour le personnel départemental. Il devra s'engager à prendre effectivement ce poste lors de la mise en service de la première tranche de l'établissement et à le conserver pendant une période minimum de deux ans, sauf cas de force majeure.

(*J.O.* du 15 avril 1959).

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Blain (Loire-Atlantique), en cours de construction. Les candidats éventuels sont avisés qu'ils ne pourront effectivement être installés à ce poste que lorsque la première tranche des travaux de construction sera sur le point d'être mise en service.

(*J.O.* du 26 avril 1959).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin).

(*J.O.* du 2 mai 1959).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), poste créé.

(*J.O.* du 5 mai 1959).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication des présents avis, au ministère de la santé publique et de la population, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Concours pour le recrutement de médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur titres pour le recrutement de trois médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira au ministère de la santé publique, à Paris, le 23 juin 1959, dans les conditions fixées par les décrets des 28 décembre 1938, 12 avril 1943, 26 mars 1946, 28 juillet 1950 et 24 octobre 1952.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° demande sur papier timbré ;

2° expédition de l'acte de naissance ;

3° diplômes et certificats justifiant des situations occupées antérieurement avec mention, le cas échéant, de l'affiliation à une caisse de retraite.

(Les certificats d'exercice doivent être délivrés par le préfet du département, où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions).

Les demandes seront déposées à la préfecture de la Seine (direction des affaires sociales, sous-direction des établissements hospitaliers et charitables), 9, place de l'Hôtel-de-Ville, bureau 209. Elles seront reçues jusqu'au 7 juin 1959 inclus.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront transmettre leur demande et leur dossier à l'adresse ci-dessus indiquée par lettre recommandée, qui devra parvenir au service intéressé au plus tard le 7 juin 1959 inclus. Ils devront déposer, au plus tard le 7 juin 1959, à la préfecture, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (2e étage, bureau 209), pour être soumis au jury, tous documents et notes qu'ils jugeront utiles.

(*J.O.* du 21 avril 1959).

Vacances de places d'internes

Un et peut-être plusieurs postes d'internes seront vacants à partir du 1er mai 1959, à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais ; 16 inscriptions validées ou mieux. Ecrire en donnant toutes précisions au médecin-chef : Dr Caron, établissement psychothérapique, Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Plusieurs postes d'internes en médecine sont actuellement vacants à l'hôpital psychiatrique de Navarre, à Evreux (Eure). Ces postes sont accessibles aux étudiants en médecine titulaires de 16 inscriptions validées. Traitement annuel : 519.200 francs, auquel s'ajoutent les avantages en nature habituels et le remboursement d'une carte d'abonnement S.N.C.F. S'adresser à Mme le médecin-directeur.

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1959 (2e trimestre). — Numéro d'ordre : 3.163
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 94.159. — 1959
Printed in France

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

PAUL ABÉLY

117e Année - T. 1 - N° 1

Janvier 1959

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF (1843-1956)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN, René CHARPENTIER

Directeur-Gérant : Olivier GARAND
Rédacteur en Chef : Paul ABÉLY

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. ABELY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIERE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LEPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, N. PERON, H. PIERON, A. POROT, M. RISER, Th. SIMON, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1959)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française	6.000 frs
Belgique et Luxembourg	787.50 frs. belges
Autres pays	$ U.S.A. 15.75

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES, CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1957

Les années *1844*, *1846*, *1847*, *1854* et *1860* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1853*, *1874*, *1907* et *1948* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°.

(*Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus*)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au Dr Paul ABÉLY,
Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe)

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages ..... 6.000 fr.
(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuropsychiatriques publiés depuis 1843

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre - N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE

DE

CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS-16e

Téléphone : KLEber 59-56

Docteur GARAND *Docteur MIGAULT*

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris

29 JAN 1959

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

MEDECINE GENERALE

(Contagieux exceptés)

REGIMES

TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME

Printed in France